

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉS DE MÉDECINE

Année 2017

2017 TOU3 1069

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Elise OLRÉ

Le 20 juin 2017

**MOTIVATIONS PARENTALES ET PARCOURS DE L'ENFANT
CONSULTANT POUR UN MOTIF DERMATOLOGIQUE AUX URGENCES
PÉDIATRIQUES DU CHU DE TOULOUSE**

Directrice de thèse : Docteur Camille BREHIN

Codirectrice de thèse : Docteur Isabelle CLAUDET

JURY

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Président

Madame le Docteur Claire UTHURRIAGUE

Assesseur

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA

Assesseur

Madame le Docteur Camille BREHIN

Assesseur

Madame le Docteur Isabelle CLAUDET

Assesseur



UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉS DE MÉDECINE

Année 2017

2017 TOU3 1069

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Elise OLRy

Le 20 juin 2017

**MOTIVATIONS PARENTALES ET PARCOURS DE L'ENFANT
CONSULTANT POUR UN MOTIF DERMATOLOGIQUE AUX URGENCES
PÉDIATRIQUES DU CHU DE TOULOUSE**

Directrice de thèse : Docteur Camille BREHIN

Codirectrice de thèse : Docteur Isabelle CLAUDET

JURY

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Président

Madame le Docteur Claire UTHURRIAGUE

Assesseur

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA

Assesseur

Madame le Docteur Camille BREHIN

Assesseur

Madame le Docteur Isabelle CLAUDET

Assesseur



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

Professeurs Honoraires

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

Professeurs Émérites

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

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

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

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. - P.H.

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

M.C.U. Médecine générale

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

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

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

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Professeur Universitaire
Médecine Générale

C'est un très grand honneur que vous me faites en acceptant de présider mon jury de thèse.

Je vous remercie de l'intérêt porté à ce travail.

J'ai beaucoup apprécié vos qualités de médecin généraliste lors de vos enseignements, de pédagogue au sein du Département Universitaire de Médecine Générale, mais aussi votre esprit de synthèse lors des soutenances de thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Madame le Docteur Isabelle CLAUDET

Praticien Hospitalier
Pédiatrie

Je vous remercie Isabelle de m'avoir mis le pied à l'étrier pour ce travail. J'ai apprécié l'énergie que vous avez déployée pour optimiser le recueil. Merci pour votre regard critique et votre réactivité qui ont contribué à l'aboutissement de cette étude.

J'ai eu l'honneur de profiter à la fois de votre expérience d'encadrement, mais également de praticien au sein de votre service, toujours dans la bonne humeur.

Vraiment merci.

Madame le Docteur Camille BREHIN

Praticien Hospitalier
Pédiatrie

Merci Camille de m'avoir donné l'idée de travailler sur cette thématique. Je te suis très reconnaissante pour la disponibilité dont tu as fait part.

J'admire vraiment tes capacités à mener tous tes projets de front. J'ai beaucoup apprécié travailler à tes côtés aux Urgences pédiatriques pour ta rigueur, mais également ton enthousiasme à partager tes connaissances. J'espère qu'on aura encore l'occasion de travailler ensemble.

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA

Maître de Conférence Universitaire

Médecine Générale

Je n'ai malheureusement pas eu l'occasion de travailler à vos côtés sur le terrain, mais j'admire votre expérience et le recul dont vous faites part sur l'exercice de la médecine générale. J'apprécie l'intérêt que vous portez à chaque sujet de thèse.

J'ai pu également apprécier durant mon internat la qualité de vos enseignements.

Merci d'avoir accepté la charge de juger ce travail.

Madame le Docteur Claire UTHURRIAGUE

Chef de Clinique des Universités

Dermatologie

Un grand merci d'avoir accepté de rejoindre ce jury de thèse. Votre regard de dermatologue est indispensable pour compléter ce travail.

Merci d'avoir toujours répondu à mes interrogations tout au long de la rédaction.

Veuillez recevoir l'expression de ma profonde gratitude.

À toute l'équipe des Urgences pédiatriques du CHU de Toulouse

Merci aux infirmières d'accueil et d'orientation, aux internes et médecins des Urgences de m'avoir aidée dans la réalisation de ce travail.

Un remerciement particulier aux Docteurs Raphaëlle HONORAT et Cécile DEBUISSON pour la communication de leurs photographies.

Merci à tous mes anciens maîtres de stage libéraux et hospitaliers

A ma famille,

A mes parents,

Merci de m'avoir toujours soutenue pendant toutes ces années, merci pour les réassurances multiples, pour ces heures passées au téléphone entre Toulouse et Rodez. Merci de nous avoir offert les clés et les possibilités de réaliser nos projets et de continuer à nous accompagner. Tout le reste est implicite, mais si on en est là tous les trois c'est grâce à vous, vraiment merci !

A mes frères,

Jean-Baptiste pour les petits concerts de ukulélé improvisés, concert enflammé avec tuyau à la clé ! Et bien sûr à Adeline, Valentin et Bastien, quelle belle famille vous faites ! A quand le déménagement sur Toulouse ?!

Alexandre, je suis heureuse de te voir si bien dans cette nouvelle vie Parisienne ! Il est bien loin le temps des échanges de coquillages chips ! A Marion aussi que j'ai hâte de rencontrer !

A mes grands-parents, entre Nancy et Etain, pour tous ces précieux souvenirs d'enfance,

Merci à Nany pour ta douceur, ta générosité, et ta bienveillance.

Merci à Gabeille de nous avoir transmis ta passion de l'apiculture, entre l'Est Républicain et un verre de bulle de miel.

Merci à BM d'avoir toujours su nous réunir, à BP aussi que j'aurais aimé connaître.

A la famille OLRÉY élargie, merci à mes oncles et Tantes, cousins, cousines, et à nos retrouvailles aux Deffends !

A mon parrain Jean-Jacques et ma marraine Christine.

A Benoit

Merci pour ta patience et ton soutien au quotidien depuis maintenant plusieurs années, merci pour ces beaux projets communs, merci d'être toujours présent. Je suis heureuse à tes côtés. Et merci à ta famille de m'avoir si bien accueillie.

Aux Angoumoisines,

Hélène, Valérie et Déborah rencontrées sur les bancs de la maternelle et du collège, c'est une belle amitié solide qui nous lie. Merci d'être toujours là depuis toutes ces années ! Et merci à Antoine et Etienne de les accompagner !

Aux Poitevins,

A la Coloc du 187 Grand Rue,
Charlotte, Noémie et Claire : inséparables pendant trois années, entre la fiat 500, le panda, la poutre, les brunchs, les soirées de fin de stage, les vacances, l'externat aurait été bien fade sans vous ! Je regarde encore souvent nos photos et vidéos collectors avec un peu de nostalgie parfois ! Même avec la distance aujourd'hui et les choix de chacune, je sais que rien ne change alors merci pour ça !

A Alix,

Tu m'as accompagnée dans cette belle aventure à Tahiti, Maururu Taote, merci pour ta générosité, ta joie de vivre et ton rire communicatif !

A Emilie pour avoir égayé nos sous colles et pour les bons moments passés à Toulouse.

A Arthur, Clément et Guillaume.

Aux Toulousains et au-delà,

A Alexia et Julie, merci pour ces belles années en coloc, ponctuées d'une belle complicité, très contente de vous avoir à mes côtés et quelle chance surtout !

Merci Alex pour ta positivité à toute épreuve, tes expressions bien de chez toi !

Et Julie pour nos petits craquages, salade du mercredi, et discussions profondes sur LA VIE !
Profite bien de la Bolivie, je te fais un remake de la thèse quand tu rentres ! Et comme on dit
par chez nous, à la Bixta !!

A Hugo, et au Bistologue, parce que les bières chaudes c'est pas terrible ! Et à Panpi !

A Lucile, pour les petites soirées tisane, à tous les projets qu'on a à accomplir de vacances,
crémaillère ... il va falloir compléter l'agenda pour tout organiser ! et au Bistologue aussi !

A Julie et Virginie, une belle amitié née à Rodez et qui compte beaucoup pour moi ! Merci
d'être toujours à l'écoute et d'être là ! Courage Julie c'est bientôt ton tour !!

A Julia, pour nos discussions sur The Way of life et à Olivier et Loïse !

A Marie et Julien, Céline et Nico, Edouard et Caro, et Guillaume et Marion, la team Djobi
Djoba, pour tous les bons week-ends passés ensemble, c'est toujours un bonheur de tous
vous retrouver !

A Marion, Alex, Matthieu et Laure grâce à qui les soirées à Rodez sont de plus en plus
sympas !

Aux Ch'Tarbais Moustache, Steph, Jess et Max, Marine, Jeremy, Félix et Louise, Alexiane,
Aurélia, Jeanne !

A Pauline et Jules, Claire et Clément, Anaïs P, pour tous les bons moments passés ensemble !

Au service de pédiatrie de Tahiti et à ces belles découvertes Polynésiennes, un merci
particulier à Anaïs mon petit coup de cœur de là-bas, et aussi à Marine, Armelle et Yacine,
Fanny et Camille !

A mes copines de Danse Tahitienne, Sirine, Tiphaine et Magalie, à nos spectacles, nos
roulés et Faarapu et aussi à tous nos petits restos !

Enfin merci à tous d'être présents aujourd'hui de près ou de loin pour ce passage important
pour moi !

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ANNEXES	3
LISTE DES ABREVIATIONS	4
1. INTRODUCTION	5
1.1. Offre de soins ambulatoire en Haute-Garonne en dermatologie pédiatrique.....	5
1.2. Offre de soins Hospitalière en Haute-Garonne en dermatologie pédiatrique.....	7
1.2.1. Activité de dermatologie pédiatrique au CHU de Toulouse	7
1.2.2. Le service d'Urgences pédiatriques du CHU de Toulouse	7
1.3. Augmentation croissante du nombre de consultations aux Urgences à l'échelle nationale.....	9
1.4. Les principaux diagnostics en dermatologie pédiatrique.....	9
1.4.1. Diagnostics engageant le pronostic vital	9
1.4.2. Les pathologies fréquentes en dermatologie pédiatrique	10
1.4.2.1. La dermatite atopique	10
1.4.2.2. L'urticaire.....	11
1.5. Objectif principal	11
2. MATERIELS ET METHODE	12
2.1. Type d'étude	12
2.2. Population étudiée.....	12
2.3. Déroulement de l'étude.....	12
2.4. Données recueillies	13
2.5. Analyse statistique	16
2.6. Objectif de l'étude.....	16
3. RESULTATS	18
3.1. Flow Chart.....	18
3.2. Description de la population	18
3.3. Orientation et parcours antérieur de l'enfant.....	21
3.4. Traitement avant l'arrivée aux UP	23
3.5. La présentation clinique	24
3.6. Examens Complémentaires réalisés	25
3.7. Diagnostics	26
3.8. Traitement(s) de sortie du SUP	30
3.9. Suivi ultérieur	31
3.10. Motivations parentales de recours	33
3.11. Analyses par classes d'âge.....	34
4. DISCUSSION.....	35
4.1. Prévalence des pathologies dermatologiques dans le SUP	35
4.2. Motivations parentales de recours aux UP	35
4.3. L'éducation et information des parents en dermatologie pédiatrique.....	37
4.4. Principales étiologies décrites	37
4.5. Proportion d'enfants adressés	38
4.6. Concordance diagnostique	38
4.7. Insuffisance de formation en dermatologie	39
4.8. Favoriser les échanges avec les spécialistes en Dermatologie	40

4.9.	Analyse des prescriptions.....	40
4.10.	Autres analyses des résultats.....	43
4.11.	Forces et Limites de l'étude	44
4.12.	Logigramme d'aide à l'orientation pour les professionnels de santé.....	46
5.	CONCLUSION	47

TABLE DES ILLUSTRATIONS

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Classification CCMU.....	53
ANNEXE 2 : Questionnaire délivré aux parents	54
ANNEXE 3 : Photographies réalisées aux Urgences pédiatriques.....	58
ANNEXE 4 : Score de gravité clinique des dermatites atopiques SCORAD.....	59
ANNEXE 5 : Tableau des dermocorticoïdes	60
ANNEXE 6 : Examens complémentaires réalisés aux Urgences pédiatriques.....	61

LISTE DES ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ATCD : Antécédent

BU : Bandelette Urinaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMV : Cytomégalovirus

CRP : Protéine C Réactive

DA : Dermatite Atopique

EVA : Echelle Visuelle Analogique

HSV : Herpès Simplex Virus

IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

IM : Intra Musculaire

IIQ : Intervalle Inter Quartile

MG : Médecin Généraliste

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SRI : Serveur de Résultats Intranet

SUP : Service des Urgences pédiatriques

TDR : Test de Diagnostic Rapide

UP : Urgences Pédiatriques

1. INTRODUCTION

Les maladies éruptives se manifestent principalement chez les enfants, car elles sont dues pour la plupart à des agents infectieux, bactériens ou viraux, dont elles constituent la primo-infection. Il existe aussi des causes non infectieuses comme les pathologies inflammatoires, vasculaires ou iatrogènes.

Les pathologies dermatologiques regroupent des diagnostics de gravité variable, allant de la simple consultation ambulatoire à la nécessité d'une hospitalisation en réanimation. Le caractère urgent en dermatologie est difficile à définir avec souvent une inadéquation entre le caractère urgent ressenti et l'évaluation médicale (1) .

Les atteintes dermatologiques en pédiatrie sont fréquemment source d'inquiétude parentale du fait de leur apparition souvent brutale et de leur caractère affichant. Ceci conduit les parents à consulter rapidement dès l'apparition des premiers signes cliniques en médecine ambulatoire ou aux Urgences pédiatriques.

1.1. Offre de soins ambulatoire en Haute-Garonne en dermatologie pédiatrique

La moitié des consultations de dermatologie ne sont pas assurées par des dermatologues (3,4) et la grande majorité des consultations sont réalisées en médecine libérale.

1.1.1. Médecine Générale

Les médecins généralistes réalisent des soins de premiers recours aux heures ouvrables des cabinets médicaux de 8h à 20h en semaine. La démographie médicale des médecins généralistes a chuté de 6% en 2013 en Haute-Garonne (2). L'âge moyen des médecins généralistes de ce même département en 2013 était de 52 ans.

1.1.2. Permanence des soins Ambulatoire

Il existe depuis 2003, la Permanence des Soins Ambulatoire (PDSA). Il s'agit d'une organisation mise en place pour maintenir la continuité de l'accès à un avis médical aux heures habituelles de fermeture des cabinets médicaux (2). Ce dispositif n'a pas vocation à assurer des prises en charge urgentes ou vitales. Elle s'organise au niveau du département. Elle associe une régulation médicale et une garde par un médecin généraliste d'astreinte.

À Toulouse, la maison médicale de garde implantée à l'hôpital de la Grave, située dans un établissement faisant partie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU), mais à distance des services d'Urgence, attire peu de patients et n'a pas empêché l'augmentation des passages aux Urgences des sites de Purpan et Rangueil (2).

1.1.3. Pédiatrie libérale

Les motifs dermatologiques en consultation pédiatrique tiennent une place importante puisqu'ils représentent 10 à 30% des motifs de consultations (3,4). Il existe une baisse de 3% des pédiatres libéraux en Haute-Garonne entre 2007 et 2013, tendance confirmée jusqu'en 2018. Seuls 36,1% des pédiatres du département exercent une activité libérale exclusive (5).

1.1.4. Dermatologie libérale

Concernant les spécialistes en dermatologie en Haute-Garonne, ils exercent une activité libérale dans 72% des cas, salariée dans 17% des cas et mixte dans 11% des cas.

Leur avis est fréquemment sollicité car dans 10 % des cas, les médecins non dermatologues adressent les patients en consultation spécialisée après une première consultation (3). L'accès direct à un avis spécialisé est difficile et les délais d'attente de consultations augmentent. En 2012 en France, le délai moyen pour obtenir un avis dermatologique était de 41 jours pour les professionnels libéraux et de 43 jours en secteur hospitalier pour les consultations non urgentes (6).

Entre la première inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins en 2008 et les cinq années suivantes, aucun spécialiste en dermatologie ou en pédiatrie ne s'est installé en libéral en Haute-Garonne (6).

L'offre de soins ambulatoire paraît donc insuffisante compte tenu de la croissance de la démographie du département, mettant en tension les services d'accueil hospitaliers.

1.2. Offre de soins Hospitalière en Haute-Garonne en dermatologie pédiatrique

1.2.1. Activité de dermatologie pédiatrique au CHU de Toulouse

Le service de Dermatologie du CHU de Toulouse se trouve sur le site de Rangueil et du CHU Larrey. Le service compte cinq praticiens hospitaliers spécialisés en pédiatrie et deux internes en formation (un interne de pédiatrie et un interne de dermatologie).

Des consultations de dermatologie pédiatrique, assurées par des internes, ont lieu les lundis après-midi et le vendredi matin à l'Hôpital des enfants. Des consultations spécialisées ont également lieu tous les trois mois avec des staffs pluridisciplinaires sur les naevus congénitaux, la rhumatologie pédiatrique et les malformations vasculaires.

Il n'existe pas de secteur d'hospitalisation traditionnelle dédié à la dermatologie pédiatrique mais un hôpital de jour. Les avis dermatologiques aux Urgences Pédiatriques (UP) sont réalisés par les internes de dermatologie, ou par le médecin dermatologue d'astreinte. Il n'existe pas de ligne d'accès directe à un dermatologue référent pour les UP.

1.2.2. Le service d'Urgences pédiatriques du CHU de Toulouse

Présentation du service

Le service des Urgences Pédiatriques (SUP) du CHU de Toulouse se situe à Toulouse Purpan. Le SUP du CHU de Toulouse accueille tous les enfants âgés de moins de 15 ans 24H/24 et 7J/7.

Il est composé de deux secteurs de consultations : un secteur chirurgical, et un secteur médical avec déchoquage, quatorze chambres dans lesquelles les enfants bénéficient de soins et d'examens complémentaires avant hospitalisation.

Activité du service

Entre 2012 et 2015 au SUP du CHU de Toulouse, une augmentation de 13 % du nombre total de consultations a été enregistrée, passant de 41463 à 48115 passages par an ; une augmentation de 14% pour les consultations médicales (de 24671 à 28922) et de 17 % spécifiquement pour les motifs dermatologiques (de 1768 à 2145) (7).

Les motifs dermatologiques représentent 4,5 % des passages totaux et 7,5% des passages médicaux au SUP en 2015. Dans la plupart des services d'urgence y compris au CHU de Toulouse, les consultations de dermatologie pédiatrique sont assurées par des internes de médecine générale ou de pédiatrie, les praticiens pédiatres ou les médecins urgentistes (4).

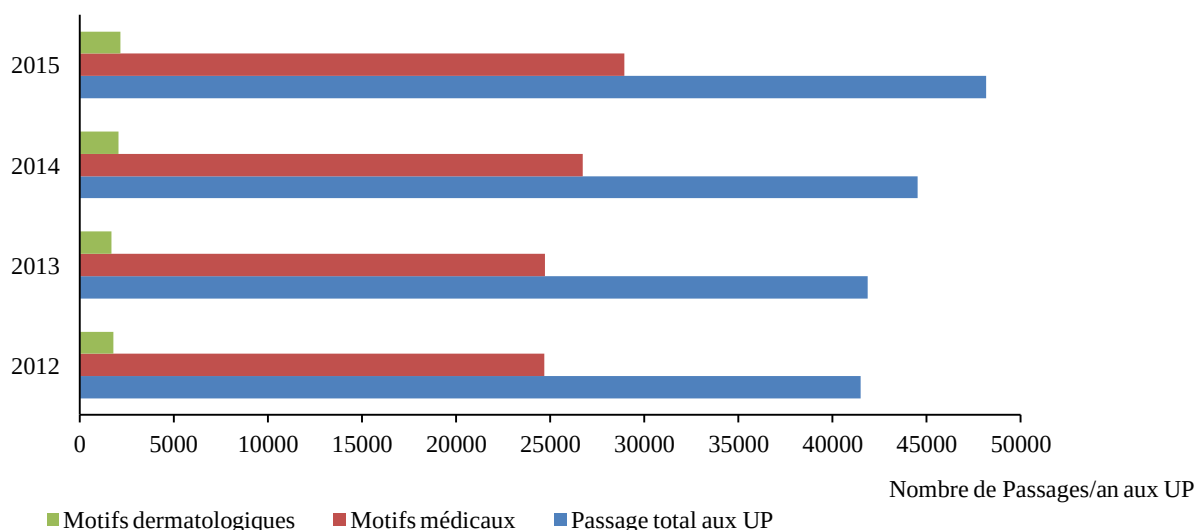


Figure 1: Evolution du nombre de passages par an aux Urgences Pédiatriques (UP) entre 2012 et 2015

1.3. Augmentation croissante du nombre de consultations aux Urgences à l'échelle nationale

L'augmentation de fréquentation au SUP de Toulouse s'inscrit dans une tendance globale nationale. En effet, le nombre de consultations aux Urgences a doublé entre 1990 et 2004. Il est passé de 7 à 14 millions de passages par an (8).

En 2012, 10,6 millions de personnes, près d'un sixième de la population française, sont venues aux Urgences, parfois à plusieurs reprises dans l'année pour plus d'un quart d'entre eux. Les services d'Urgences ont enregistré ainsi plus de 18 millions de passages, soit 30 % de plus en dix ans.

Cette fréquentation en progression continue met sous tension persistante les organisations et les équipes hospitalières (8). La concentration du recours aux Urgences sur les âges extrêmes de la vie, demeure forte. Plus d'un quart des passages sont liés à la pédiatrie (8). Les études ciblées sur la pédiatrie font apparaître une gravité globalement moindre que la moyenne des autres patients, avec, au-delà de l'âge d'un an, des taux d'hospitalisation plus faibles (de 10 % en moyenne) (8).

Les raisons de l'augmentation du nombre de consultations aux Urgences n'ont été cependant que très peu étudiées.

Tout le défi pour l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO) et les médecins des Urgences réside dans le repérage, le diagnostic et la prise en charge des urgences vitales parmi d'autres motifs.

1.4. Les principaux diagnostics en dermatologie pédiatrique

1.4.1. Diagnostics engageant le pronostic vital

Il existe peu d'urgences vitales immédiates en dermatologie. L'urgence vitale absolue est le purpura fulminans, urgence infectieuse majeure, nécessitant une prise en charge de type réanimatoire.

D'autres diagnostics à expression dermatologique nécessitent une prise en charge en urgence : la nécro-épidermolyse bulleuse, les staphylococcies, le syndrome de Kaposi Juliusberg, l'œdème de Quincke, la maladie de Kawasaki...

Certaines pathologies nécessitent une prise en charge rapide et constituent elles aussi une urgence comme les cas de varicelle compliquée ou de dermohypodermite bactérienne. La prise en charge de ces urgences est souvent incompatible avec la programmation des consultations en ambulatoire et entraîne une augmentation importante des consultations aux Urgences pédiatriques pour un motif dermatologique (9).

1.4.2. Les pathologies fréquentes en dermatologie pédiatrique

Les pathologies cutanées rencontrées dans les cabinets de dermatologie sont bien différentes de celles retrouvées en médecine générale (10).

Dans de nombreux cas, l'avis du spécialiste en dermatologie oriente la prise en charge diagnostique et thérapeutique (11).

Les principaux motifs de consultation chez le spécialiste en dermatologie concernent l'acné, le psoriasis et les pathologies tumorales alors que chez les non dermatologues, les principaux diagnostics retrouvés sont la Dermatite Atopique (DA), le kyste sébacé et l'impétigo (12).

1.4.2.1. La dermatite atopique

La DA ou eczéma atopique est une maladie cutanée inflammatoire prurigineuse d'évolution chronique qui touche préférentiellement le nourrisson. La DA correspond au développement d'une réponse immunitaire inflammatoire survenant sur un terrain génétique prédisposant qui s'accompagne d'anomalies de la barrière cutanée (13).

L'eczéma est la pathologie la plus fréquente rencontrée en dermatologie pédiatrique et concerne environ 20% des enfants (14,15).

1.4.2.2. L'urticaire

L'urticaire est une maladie des mastocytes, d'origine allergique dans certains cas, mais plus souvent non allergique en raison d'une fragilité des mastocytes qui sont activés par divers stimuli (infection, inflammation, aliments, médicaments, traumatismes physiques) dits histaminolibérateurs (16). L'urticaire pédiatrique apparaît entre 6 et 11 ans avec un impact non négligeable sur l'éducation et l'apprentissage : 7,4% des enfants manquent $7,5 \pm 18$ jours d'école par an en moyenne et ont de moins bonnes performances scolaires que les autres enfants (17).

1.5. Objectif principal

Quelques études internationales (14-17) se sont intéressées à l'évaluation des pathologies dermatologiques aux Urgences pédiatriques, mais aucune n'a étudié le parcours antérieur de ces enfants et les motivations parentales de ce type de recours.

L'objectif de notre travail était de décrire le parcours pré hospitalier des enfants et les motivations parentales de recours pour motif dermatologique au SUP du CHU de Toulouse.

L'objectif secondaire était d'évaluer les facteurs susceptibles d'augmenter la prévalence des consultations pour motif dermatologique.

2. MATERIELS ET METHODE

2.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective monocentrique descriptive des patients admis au SUP de l'Hôpital des Enfants du CHU de Toulouse menée du 1^{er} avril 2016 au 31 décembre 2016.

2.2. Population étudiée

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

- d'âge supérieur à 8 jours et inférieur à 15 ans, consultant pour motif dermatologique (éruption, exanthème, rash, œdème, allergie, piqûre, prurit)
- dont les parents ne s'étaient pas opposés à leur participation

Les critères d'exclusion étaient :

- l'âge inférieur à 8 jours ou supérieur à 15 ans
- les pathologies dermatologiques liées à un traumatisme, une brûlure, une lésion auto-infligée
- le refus de participation
- la barrière linguistique rendant impossible le remplissage du questionnaire

2.3. Déroulement de l'étude

Avant le début de cette étude, des fiches explicatives étaient délivrées aux infirmières d'accueil et d'orientation (IAO) du SUP afin de les informer, de leur présenter l'intérêt de ce travail et de les sensibiliser. Le questionnaire était remis, par l'IAO, aux parents des enfants consultant pour un motif dermatologique aux UP. Une phrase au début du

questionnaire expliquait le caractère confidentiel des données recueillies et les parents avaient le choix de ne pas participer à l'étude. Les questionnaires étaient récupérés de manière hebdomadaire.

Lorsqu'un enfant était adressé, le courrier médical était récupéré et analysé de manière rétrospective grâce au logiciel FILENET®, logiciel de gestion des images, IBM®.

Les données de consultation spécialisée à distance, avec les praticiens hospitaliers de pédiatrie et de dermatologie, étaient récupérées et analysées grâce au logiciel ORBIS®, logiciel d'informatisation du dossier patient, Agfa Healthcare®.

Les résultats des prélèvements (cutanés, biopsie, microbiologie) étaient récupérés rétrospectivement grâce au Serveur de Résultats Intranet (SRI).

Le recueil était clôturé le 31 décembre 2016. Une recherche rétrospective a été effectuée jusqu'au 31 janvier 2017 afin d'identifier les enfants inclus ayant reconsulté aux Urgences pour le même motif.

2.4. Données recueillies

Les données étaient recueillies grâce aux questionnaires et à l'aide du logiciel métier URQUAL® du SUP, logiciel d'informatisation du dossier patient, Mc Kesson®.

Les données collectées avec un tableur EXCEL (Microsoft®), concernaient :

- **Les caractéristiques générales des patients** : âge, sexe, suivi médical habituel, adulte accompagnateur, antécédents dermatologiques d'eczéma ou d'urticaire, antécédents d'allergies alimentaires ou autres, le nombre d'enfants dans la fratrie, la vie en collectivité (enfants en crèche ou scolarisés), la notion de contagion, le nombre de consultations annuelles aux urgences, la date et heure de consultation, la date et heure de sortie des urgences, le degré d'urgence ressentie par les parents, établi grâce à une échelle visuelle analogique chiffrée de 0 à 10.

Pour le suivi habituel des enfants, lorsque la réponse comportait au moins deux professionnels de santé, le suivi était classé dans la catégorie « plusieurs ».

Lorsque le suivi était réalisé par deux professionnels ou un seul, celui-ci était détaillé.

Concernant le nombre de consultations aux Urgences pédiatriques, la fréquence était définie comme suit :

- fréquentation occasionnelle (entre 1 et 5 consultations par an)
- régulière (entre 5 et 10 consultations par an)
- très fréquente (plus de 10 consultations par an)

- **L'orientation et le parcours antérieur du patient** : patient adressé ou non, par son médecin généraliste, pédiatre, dermatologue, par le SAMU au téléphone ou les UP, avec ou sans courrier médical, nombre de consultations antérieures à ce passage aux Urgences

- **La lésion cutanée** : durée d'évolution, caractère fébrile, topographie, prurit et signes cliniques associés

- **Les examens complémentaires** : type d'examen complémentaire réalisé, biologie, prélèvement à visée bactériologique, virologique, mycologique ou parasitaire, examens d'imagerie et description des principaux résultats

La Bandelette Urinaire (BU) et le Test de Diagnostic Rapide (TDR) des angines à Streptocoque A faisaient partie des examens complémentaires.

- **Le diagnostic** était classé en sept catégories selon la classification modifiée de Landolt *et al* (18):

Inflammatoire : regroupant les maladies systémiques, dermatite atopique, urticaire

Allergique : regroupant les eczémas de contact, urticaire et angio-œdème (anaphylaxie)

Infectieux : regroupant les pathologies virales, bactériennes, parasitaires et fongiques

Physique : incluant les piqûres d'insectes

Anomalies vasculaires : regroupant les angiomes et les purpuras

Toxidermies : incluant les réactions cutanées médicamenteuses

Autres ou Inconnus : comprenant les diagnostics manquants et les lésions cutanées non spécifiques

Le diagnostic à l'entrée et à la sortie du SUP était analysé et comparé.

Les lésions urticariennes étaient secondairement divisées en trois catégories :

- allergique (quand un élément était prioritairement mis en cause et nouvellement introduit avec une prescription de bilan allergologique au décours)
- fébrile (en contexte infectieux)
- autre (urticaire de cause non retrouvée à l'interrogatoire et non fébrile)

Lorsque deux diagnostics étaient présents (exemple DA impétiginisée), un seul diagnostic était retenu, choisi en fonction du motif principal de recours parental et sur donnée déclarative.

Le diagnostic était considéré certain quand le diagnostic final était une affirmation et il était suspecté lorsque deux diagnostics possibles étaient évoqués ou lorsque la mention « suspicion » était écrite.

- **le traitement** : antérieur à l'arrivée aux UP et le traitement de sortie, classé en topique ou systémique était détaillé

- **le devenir et suivi** du patient : durée moyenne de passage aux Urgences, hospitalisation ou prise en charge ambulatoire, type de suivi préconisé à la sortie des UP (médecin généraliste, dermatologue, allergologue, pédiatre libéral, pédiatre du CHU ou aucun suivi)

- **les motivations parentales** de recours aux Urgences : selon la brutalité des symptômes, l'inquiétude des parents face à la fièvre et/ ou l'altération de l'état général, la crainte de la contagion, l'échec des traitements entrepris, l'extension des lésions, la crainte de séquelles esthétiques, la gravité ressentie, la crainte de la surinfection, l'absence de disponibilité du médecin habituel, l'absence de médecin de ville disponible, l'absence de médecin traitant référent, le souhait d'obtenir un second avis, la consultation d'internet qui a majoré les angoisses et le suivi habituel de l'enfant au CHU pour une maladie chronique.

Les parents avaient la possibilité de cocher plusieurs réponses.

2.5. Analyse statistique

Les analyses statistiques effectuées étaient principalement descriptives.

Pour les variables qualitatives, chaque modalité était décrite par son effectif et le pourcentage associé.

Pour les variables quantitatives (durée moyenne de passage aux urgences), le test utilisé était celui sur les rangs, dit de Kruskal Wallis, du fait du caractère non paramétrique de la distribution.

Un $p < 0,05$ impliquait que les deux variables n'étaient pas indépendantes, avec un risque $\alpha < 0,05$ de se tromper.

2.6. Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude était de déterminer les facteurs motivant le recours dans une unité d'urgence, afin d'expliquer le nombre de consultations aux Urgences pédiatriques pour des pathologies dermatologiques bénignes.

2.6.1. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était d'évaluer la prévalence des consultations pour un motif dermatologique et d'en évaluer les principales motivations parentales.

2.6.2. Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires étaient :

- d'évaluer les facteurs susceptibles d'augmenter la prévalence des consultations pour motif dermatologique et les principales étiologies retrouvées, en fonction des classes d'âge
- d'évaluer la proportion de patients adressés aux Urgences par les médecins généralistes, les pédiatres ou les dermatologues pour ce type de motif

- et de comparer les diagnostics initiaux présents dans les courriers d'adressage et le diagnostic à la sortie des Urgences

2.6.3. Perspectives et retombées attendues

Le but de notre étude était de proposer pour les professionnels de santé un logigramme d'aide à l'orientation devant une éruption cutanée chez l'enfant.

3. RESULTATS

3.1. Flow Chart

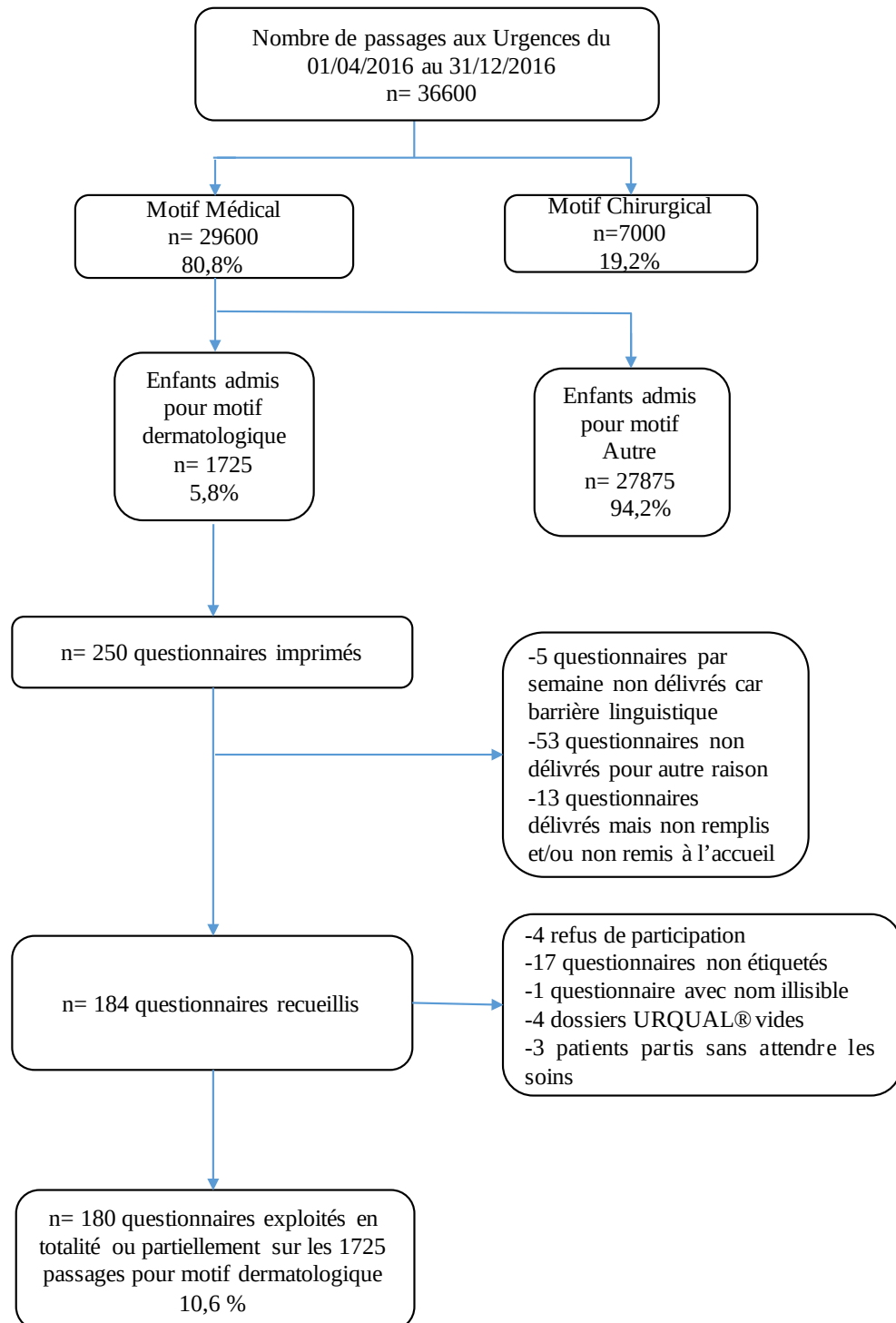


Figure 2 : Diagramme de Flux

3.2. Description de la population

Sur la période de recueil de neuf mois du 1^{er} avril 2016 au 31 décembre 2016, 36000 passages ont été enregistrés aux UP de Toulouse. Parmi ces passages, 1725 enfants ont consulté pour motif dermatologique soit 4,8% des passages au total.

Les motifs de consultation dermatologique représentaient 5,8% des motifs de consultation médicaux. Parmi les 184 questionnaires recueillis, quatre ont refusé de participer et avaient coché la case de refus de participation ; 180 questionnaires ont pu être exploités soit 10,6 % des passages pour motif dermatologique. En raison de la barrière linguistique, 195 questionnaires (5 / semaine) n'ont pas été délivrés aux parents.

Les caractéristiques des enfants (âge, sexe et cadre familial) à l'entrée des UP sont répertoriées dans le tableau 1. Les enfants ayant consulté pour motif dermatologique étaient principalement de sexe masculin et âgés de 3,95 ans en moyenne. Moins de la moitié des enfants (42%) étaient âgés de moins de 2 ans (n=69) et six d'entre eux avaient moins de 3 mois.

Tableau 1. Age, sexe et entourage familial des enfants à l'entrée aux Urgences

	n	%
Age de l'enfant		
<i>Moy. ± DS</i>	3,95 (± 3,6)	
<i>Min/Max</i>	13 jours / 14 ans et demi	
Par tranches d'âge	n = 162	
<i>Moins de 1 an</i>	30	18,5
<i>1 à 2 ans</i>	39	24,1
<i>2 à 4 ans</i>	48	29,6
<i>5 à 9 ans</i>	29	17,9
<i>10 ans et plus</i>	16	9,9
Sexe Masculin	86	53,1
Nombre d'enfants dans la fratrie	n = 170	
<i>1</i>	67	39,4
<i>2</i>	73	42,9
<i>3</i>	20	11,8
<i>4</i>	8	4,7
<i>5</i>	2	1,2
Adulte accompagnateur	n = 173	
<i>Mère</i>	100	57,8
<i>Père</i>	23	13,3
<i>Père et mère</i>	49	28,3
<i>Grands-parents</i>	1	0,6

(Liste des abréviations - Moy : Moyenne ; DS : Déviation standard ; Min : minimum ; Max : maximum)

La figure 3 ci-dessous représente la distribution des passages pour motif dermatologique selon l'âge de l'enfant.

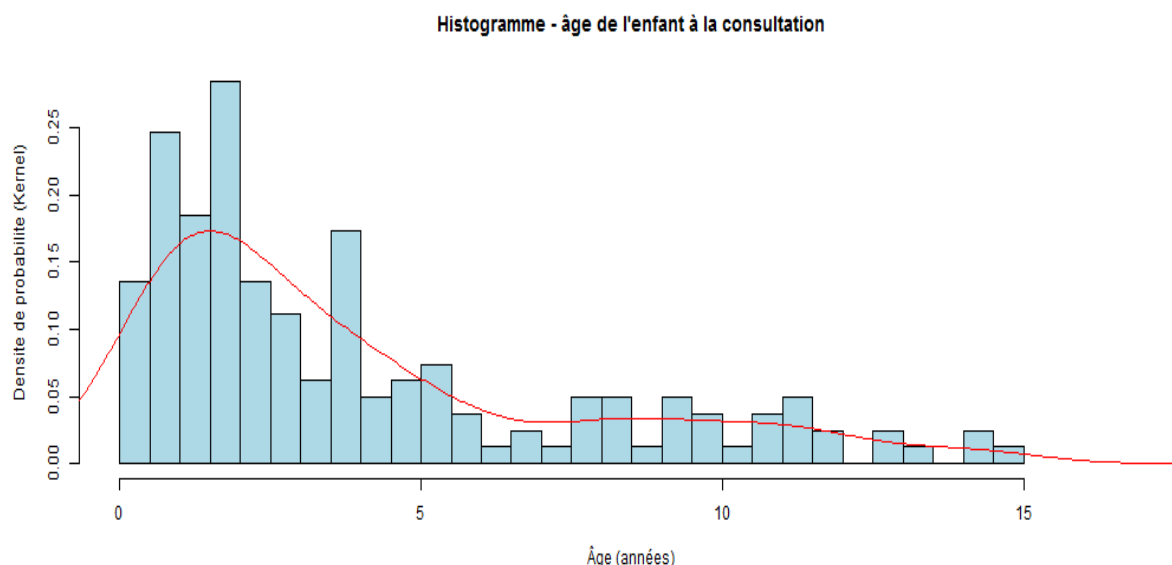


Figure 3: Distribution des passages pour motif dermatologique selon l'âge de l'enfant (ans) au SUP

Les principaux antécédents dermatologiques retrouvés étaient l'eczéma dans près de 20 % des cas et l'urticaire pour 5 % des enfants. La majorité des enfants vivait en collectivité (en crèche ou scolarisés) avec une notion de contagion dans seulement 7 % des cas.

Concernant la fréquence de consultation annuelle aux UP, plus de la moitié avait consulté occasionnellement entre une fois et cinq fois par an.

Plus de la moitié des consultations (56 %), étaient enregistrées pendant les heures ouvrables des cabinets médicaux en ambulatoire (entre 8h et 20 h la semaine et entre 8h et 12h le samedi). La fréquentation était régulière en fonction des jours de la semaine, et plus de 35 % des consultations étaient enregistrées les week-ends.

La majorité des consultations a été enregistrée au printemps et en été.

Le délai moyen de prise en charge entre l'enregistrement de l'enfant et l'installation en box pour la consultation médicale était de 16 minutes. Toutes ces données sont représentées dans le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2. Caractéristiques à l'admission aux Urgences

		n	
Délai de prise en charge (min)			
	<i>moy. ± DS</i>	16,3 (±3,6)	
	<i>Min/Max</i>	2 à 80	
Antécédents et Mode de Vie		n	%
	<i>Eczéma</i>	35/176	19,9
	<i>Urticaire</i>	8/176	4,5
	<i>Allergie</i>	23/159	13,1
	<i>Allergie alimentaire</i>	4/159	2,5
	<i>Vie en collectivité</i>	123/176	69,5
Notion de contagé		12/176	6,8
Fréquentation annuelle		n= 177	
	<i>Aucune</i>	59	33,3
	<i>Occasionnelle</i>	109	61,6
	<i>Régulière</i>	8	4,5
	<i>Très fréquente</i>	1	0,6
Horaire et Jour de consultation		n= 162	
	<i>Journée (8h-20h)</i>	90	55,5
	<i>Soirs et Nuit (20h-8h)</i>	15	9,3
	<i>Week-end</i>	57	35,2
Saison		n= 162	
	<i>Printemps</i>	49	30,2
	<i>Été</i>	64	39,5
	<i>Automne</i>	41	25,3
	<i>Hiver</i>	8	5,0

(Liste des abréviations - DS : Déviation standard ; min : minutes ; moy : moyenne ; Min : minimum ; Max : maximum)

3.3. Orientation et parcours antérieur de l'enfant

Le tableau 3 ci-dessous représente le parcours antérieur des enfants et l'orientation avant l'arrivée au SUP.

Plus d'un tiers (35%) des enfants étaient adressés et 65 % d'entre eux ont consulté spontanément. Ils étaient adressés par leur médecin habituel (20%) : par leur médecin généraliste (15%), leur pédiatre (5%). Un courrier médical était associé pour 28 % des enfants. Aucun dermatologue n'a adressé d'enfants sur cet échantillon de population. Plus de 5% des enfants étaient adressés sur les conseils donnés par le 15 par téléphone et 3% sur conseil téléphonique du SUP.

Plus de la moitié des enfants avait déjà consulté un médecin pour ce motif avant de consulter aux Urgences. Pour 47 % d'entre eux, il s'agissait de la première consultation. Ils étaient 14 % à avoir déjà consulté un dermatologue, et 11% à avoir consulté dans un autre service d'Urgence pour ce motif.

Tableau 3. Prise en charge antérieure aux Urgences et orientation

	n/180	%
Adressé par un médecin	63	35
Consultation spontanée	117	65
Orienté par le médecin habituel	36	20
MG	27	15
Pédiatre	9	5
Médecin autre	27	15
Autre MG	7	3,9
SAMU joint par téléphone	10	5,5
Urgences pédiatriques joint par téléphone	6	3,3
Enfant amené par le SAMU/ pompiers	2	1,1
SOS médecin	1	0,6
Médecin retraité (appartenant à la famille)	1	0,6
Courrier médical présent (n=63)		
Oui	18	28,6
Consultation antérieure ?	Oui	96
		53,3
Si oui (n=96)		
Avec le médecin habituel	93	97
Avec un dermatologue	13	14
Aux Urgences pédiatriques	7	7
Dans un autre service d'urgence	4	4
Nombre total de consultations pour ce motif		
1	84	46,7
2	69	38,3
3	14	7,8
4	8	4,4
6	4	2,2
7	1	0,6

(Liste des abréviations - MG : médecin généraliste ; SAMU : Service d'aide médicale urgente)

3.4. Traitement avant l'arrivée aux UP

Un diagnostic avant l'entrée aux UP était évoqué dans 29% des cas et un traitement avait été débuté dans 37% des cas. Le tableau 4 ci-dessous décrit les différents traitements prescrits avant l'arrivée au SUP.

Tableau 4. Type de traitement avant l'arrivée aux Urgences

	n/180	%
Traitement débuté avant l'arrivée	62	37,2
Type de traitement débuté (n=62)		
Antibiotique	23	37,1
<i>Per os*</i>	19	30,7
<i>Topique</i>	4	6,4
Antihistaminique	34	54,8
<i>Desloratadine</i>	23	37,1
<i>Méquitazine</i>	7	11,3
<i>Cetirizine</i>	4	6,5
Traitement cortisonique	39	62,9
<i>Dermocorticoïde**</i>	21	33,8
<i>Per os §</i>	16	25,9
<i>Inhalé</i>	2	3,2
Anti Parasitaire	4	6,5
Emollient	12	19,4
Fongicide topique	6	9,7
Antipyrétique	13	21,0
Adrénaline intra musculaire	1	1,6
Béta 2 mimétique de courte durée d'action	1	1,6
Antiseptique local	4	6,5
Antiviral (aciclovir)	2	3,2

* Dont amoxicilline (n=14), amoxicilline+ acide clavulanique (n=2), cefixime (n=1), clarithromycine (n=1), cefpodoxime (n=1)

** Dont tridesonit (n=8), locoid (n=10), flixovate (n=3)

§ Dont prednisolone (n=8), bétaméthasone (n=8)

Le principal traitement prescrit avant l'arrivée au SUP était un traitement cortisonique dans 63 % des cas dont 26% de prescription de corticoïdes per os et près de 34 % de dermocorticoïdes.

Les antihistaminiques étaient le deuxième traitement le plus prescrit avant l'arrivée au SUP, avec une prescription plus importante de desloratadine (37% des cas).

Un antibiotique était prescrit dans 37% des cas, principalement de la classe des Béta Lactamines.

3.5. La présentation clinique

La durée médiane d'évolution était de 48h [16,5 ; 96], avec une éruption généralisée dans 64 % des cas (n=99). Un quart des lésions cutanées évoluait depuis moins de 24h et un quart évoluait depuis plus de 24h et moins de 48h. Les principaux symptômes présentés étaient l'inconfort (n=133), le prurit (n=132), les troubles du sommeil (n=66), la fièvre (n=65) et les perturbations de l'alimentation (n=58).

Une atteinte des muqueuses était retrouvée dans un quart des cas (n=42).

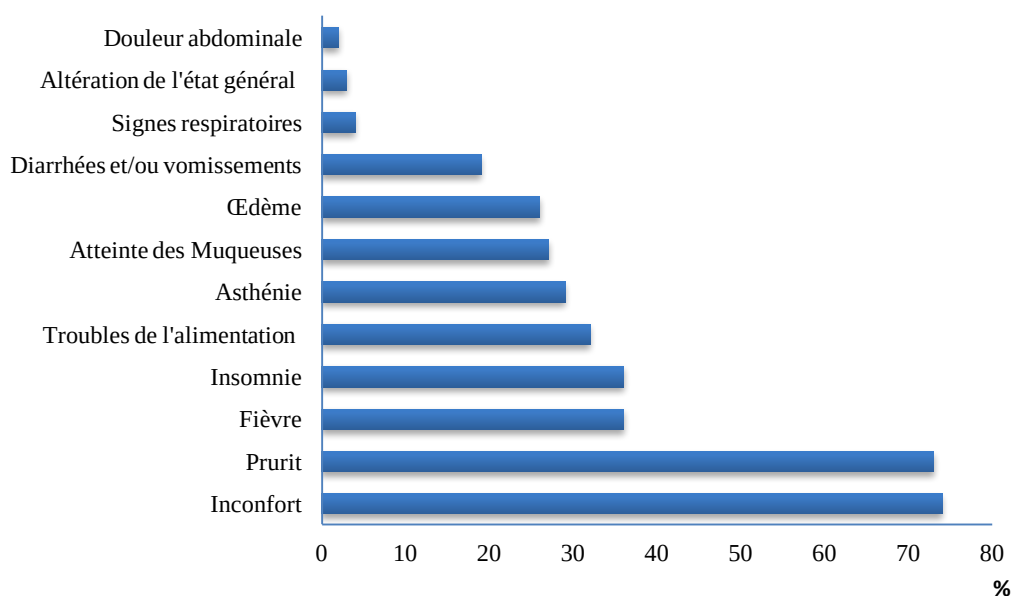


Figure 4: Principaux symptômes retrouvés aux Urgences pédiatriques en pourcentage

Aucun enfant n'avait présenté de symptôme neurologique, de syndrome méningé ou d'instabilité hémodynamique.

3.6. Examens complémentaires réalisés

3.6.1 Avant l'arrivée au SUP

Trois pour cent des enfants (n=6) avait bénéficié d'examens complémentaires en ambulatoire :

- deux enfants avaient bénéficié d'une recherche de maladie de Lyme dont l'une était positive (par la technique du Western Blot)
- un enfant avait bénéficié d'une sérologie Rubéole
- un enfant avait bénéficié d'un prélèvement cutané à la recherche de gale
- un enfant avait bénéficié d'un bilan allergologique avec recherche des IgE totales et spécifiques aux protéines de lait de vache, et recherche d'une hyperéosinophilie
- un enfant avait bénéficié d'un bilan à la recherche de syndrome inflammatoire biologique

3.6.2. Examens complémentaires prescrits aux UP

Un quart des enfants a bénéficié d'au moins un examen complémentaire (n=38). Un bilan biologique a été réalisé dans 9% des cas (n=13), normal pour plus de la moitié des enfants (n=7). Dans la moitié des cas (53%), la lésion cutanée évoluait depuis moins de 24 h. La technique (dosage) de la Protéine C Réactive (CRP) microcapillaire a été utilisée dans 31 % des cas (n=4). Un syndrome inflammatoire biologique a été retrouvé dans 31% des cas (n=4), avec une CRP entre 25 et 88.

Tous les enfants présentant un purpura (n=3) ont bénéficié d'un bilan biologique. Les autres bilans biologiques étaient réalisés pour des cas d'impétiginisation ou pour suspicion de maladies inflammatoires, dont la maladie de Kawasaki ou pour des anomalies vasculaires (angiome).

Trois pour cent (n=5) des enfants ont bénéficié d'un bilan radiologique et 13% d'entre eux (n=20) ont bénéficié d'au moins un prélèvement à visée bactériologique (n=19), mycologique (n=2), virologique (n=4), ou parasitaire (n=1).

Un enfant a bénéficié d'une biopsie cutanée à visée diagnostique.

Les résultats des examens complémentaires sont illustrés dans le tableau en Annexe

3.7. Diagnostics

Les principales classes diagnostiques concernaient les pathologies infectieuses, inflammatoires et allergiques.

Les urticaires représentaient près d'un quart (n=36) des passages pour motif dermatologique avec une répartition égale entre les urticaires allergiques (n=12) et urticaires en contexte viral (n=14) ou les urticaires de cause autre (n=10).

Le tableau 5 ci-dessous regroupe les vingt principaux diagnostics retrouvés en fonction des classes d'âge.

Tableau 5. Les vingt principaux diagnostics en fonction des classes d'âge

Diagnostics, n (%)	Total (n=155)	<1 an (n=29)	[1-2 ans] (n=39)	[2-4 ans] (n=47)	[5-9 ans] (n=24)	≥10 ans (n=16)
Urticaire	36 (23)	4 (13)	6 (15)	12 (25)	9 (37)	5(31)
Virose aspécifique	27 (17)	9 (31)	10 (26)	3 (6)	3 (12)	2 (12)
Dermatite atopique	11 (7)	7 (24)	0 (0)	2 (4)	1 (4)	1 (4)
Eczéma	2 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	1 (4)	0 (0)
Varicelle	12 (8)	1 (3)	3 (8)	7 (15)	0 (0)	1 (6)
Pied Main Bouche	11 (7)	1 (3)	7 (18)	2 (4)	0 (0)	1 (6)
Gianotti Crosti	7 (5)	0 (0)	1 (3)	5 (11)	1 (4)	0 (0)
Impétigo	7 (5)	1 (3)	2 (5)	1 (2)	2 (8)	1 (6)
Roséole	6 (4)	3 (10)	3 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Gale	4 (3)	0 (0)	1 (3)	2 (4)	0 (0)	1 (6)
Rash médicamenteux	4 (3)	1 (3)	1 (3)	1 (2)	1 (4)	0 (0)
Scarlatine	4 (3)	0 (0)	0 (0)	3 (6)	1 (4)	0 (0)
Purpura	3 (2)	1 (3)	1 (3)	1 (2)	0 (0)	0 (0)
Piqûre d'insectes	3 (2)	0 (0)	0 (0)	1 (2)	1 (4)	1 (6)
Zona	2 (1)	0 (0)	1 (3)	1 (2)	0 (0)	0 (0)
Erysipèle	1 (0,5)	0 (0)	0 (0)	1 (2)	0 (0)	0 (0)
Leishmaniose cutanée	1 (0,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)
Kawasaki	1 (0,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)
Parvovirus B19	1 (0,5)	0 (0)	1 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Molluscum contagiosum	1 (0,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)
Erythème fessier	1 (0,5)	1 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Les vingt principaux diagnostics représentaient 93,5 % de la population (n= 145). Les urticaires, les viroses aspécifiques et les eczémas atopiques ou de contact étaient les trois principaux diagnostics.

Le diagnostic était certain dans 70% des cas (n= 108), suspecté dans 28% des cas (n=44) et manquant ou inconnu dans 2% des cas (n=3).

Les tableaux 6 et 7 ci-dessous décrivent les principaux diagnostics en fonction des classes d'âge et en fonction des saisons.

Tableau 6 : Diagnostics en fonction des classes d'âge.

Causes, n (%)	Total (n=155)	<1 an (n=29)	[1-2 ans] (n=39)	[2-4 ans] (n=47)	[5-9 ans] (n=24)	≥10 ans (n=16)
Infectieux	94 (61)	17 (59)	33 (85)	28 (60)	10 (42)	6 (38)
<i>Viral</i>	76 (49)	16 (55)	30 (77)	20 (43)	6 (25)	4 (25)
<i>Dont urticaire</i>	14 (9)	2 (7)	4 (10)	6 (13)	2 (8)	0 (0)
<i>Bactérien</i>	14 (9)	1 (3)	2 (5)	6 (13)	4 (17)	1 (6)
<i>Fongique</i>	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<i>Parasitaire</i>	4 (3)	0 (0)	1 (3)	2 (4)	0 (0)	1 (6)
Inflammatoires	29 (19)	9 (31)	2 (5)	10 (21)	6 (25)	2 (13)
<i>Urticaire</i>	10 (6)	2 (7)	1 (3)	3 (6)	3 (13)	1 (6)
<i>DA/ Eczéma atopique</i>	11 (7)	7 (24)	0 (0)	2 (4)	1 (4)	1 (6)
<i>Autres*</i>	8 (5)	0 (0)	1 (3)	5 (11)	2 (8)	0 (0)
Allergiques	17 (11)	0 (0)	2 (5)	5 (11)	5 (21)	5 (31)
<i>Eczéma de contact</i>	2 (2)	0 (0)	0 (0)	1 (2)	1 (4)	0 (0)
<i>Urticaire</i>	12 (8)	0 (0)	1 (3)	3 (6)	4 (17)	4 (25)
<i>Angio œdème</i>	1 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (2)	0 (0)	0 (0)
<i>Autre</i>	2 (2)	0 (0)	1 (3)	0	0 (0)	1 (6)
Anomalies vasculaires	4 (3)	2 (7)	1 (3)	1 (2)	0 (0)	0 (0)
<i>Angiome</i>	1 (1)	1 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<i>Purpura**</i>	3 (2)	1 (3)	1 (3)	1 (2)	0 (0)	0 (0)
Toxidermies	4 (3)	1 (3)	1 (3)	1 (2)	1 (4)	0 (0)
Autres ou inconnus§	4 (3)	0 (0)	0 (0)	1 (2)	1 (4)	2 (13)
Physiques†	3 (2)	0 (0)	0 (0)	1 (2)	1 (4)	1 (6)

(Liste des abréviations - DA : Dermite atopique)

*incluant les acrodermatites papuleuses infantiles ou Gianotti Crosti et maladies de système comme la maladie de Kawasaki

**incluant une infection à Cytomégalo virus, un œdème aigu hémorragique, un purpura mécanique sur pleurs

§incluant les réactions cutanées non spécifiques et les diagnostics manquants

†incluant les piqûres d'insectes

Plus l'âge augmente, plus les causes infectieuses diminuent et plus les causes allergiques sont nombreuses. Les dermatites ou eczémas atopiques étaient retrouvés principalement chez les enfants de moins d'un an. Aucune pathologie fongique n'a été isolée seule dans notre étude mais il existait un cas de candidose surinfectée et classée dans la catégorie infection bactérienne.

Tableau 7 : Diagnostics en fonction des saisons.

Causes, n (%)	Printemps (n=49)	Eté (n=59)	Automne (n=39)	Hiver (n=8)
Infectieux	33 (67)	34 (58)	25 (64)	2 (25)
<i>Viral</i>	28 (57)	28 (47)	20 (51)	0 (0)
<i>Dont urticaire</i>	3 (6)	4 (7)	7 (18)	0 (0)
<i>Bactérien</i>	5 (10)	5 (8)	3 (8)	1 (12)
<i>Fongique</i>	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<i>Parasitaire</i>	0 (0)	1 (2)	2 (5)	1 (12)
Inflammatoires	7 (14)	10 (17)	8 (21)	4 (50)
<i>Urticaire</i>	2 (4)	7 (12)	1 (3)	0 (0)
<i>DA/ Eczéma atopique</i>	2 (4)	2 (3)	4 (10)	3 (37)
<i>Autres*</i>	3 (6)	1 (2)	3 (8)	1 (12)
Allergiques	6 (12)	7 (12)	3 (8)	1 (12)
<i>Eczéma de contact</i>	0 (0)	2 (3)	0 (0)	0 (0)
<i>Urticaire</i>	6 (12)	3 (5)	3 (8)	0 (0)
<i>Angio œdème</i>	0 (0)	1 (2)	0 (0)	0 (0)
<i>Autre</i>	0 (0)	1 (2)	0 (0)	1 (12)
Anomalies vasculaires	2 (4)	1 (2)	0 (0)	1 (12)
<i>Angiome</i>	1 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<i>Purpura**</i>	1 (2)	1 (2)	0 (0)	1 (12)
Toxidermies	1 (2)	2 (3)	1 (3)	0 (0)
Autres ou inconnus§	0 (0)	2 (3)	2 (5)	0 (0)
Physiques†	0 (0)	3 (5)	0 (0)	0 (0)

(Liste des abréviations - DA : Dermatite atopique)

*incluant les acrodermatites papuleuses infantiles ou Gianotti Crosti et maladies de système comme la maladie de Kawasaki

**incluant une infection à Cytomégalo virus, un œdème aigu hémorragique, un purpura mécanique sur pleurs
§incluant les réactions cutanées non spécifiques et les diagnostics manquants

†incluant les piqûres d'insectes

Les pathologies infectieuses virales et allergiques étaient plus fréquentes au printemps, les urticaires en été.

Les principaux diagnostics adressés par les médecins étaient :

- les pathologies infectieuses (n=29) : bactériennes (n=5) avec principalement des cas d'impétiginisation (n=3), parasitaires (n=3) et virales (n=21)
- les pathologies inflammatoires (n=12) dont des urticaires (n=5), une maladie de Kawasaki, des syndromes de Gianotti Crosti (n=3) et des dermatites ou eczéma atopique (n=3).
- les causes allergiques (n=8) dont des urticaires (n=7) et un eczéma de contact
- les causes physiques avec un Syndrome de Skeeter, réaction inflammatoire secondaire à une piqûre de moustique
- les réactions iatrogènes médicamenteuses dont une réaction à l'Atropine et une à l'Amoxicilline
- les purpuras dont un purpura mécanique sur pleurs, un purpura lié à une infection à Cytomégalovirus (CMV)
- une lésion cutanée non spécifique

Huit dossiers n'ont pas pu être analysés (non étiquetés ou patients partis sans attendre les soins).

Le SAMU par téléphone a adressé uniquement des urticaires (n=10).

Les diagnostics suspectés à l'entrée du SUP et ceux posés à la sortie ont pu être comparés.

Dans 41% des cas (n=17), le diagnostic posé ou suspecté par le médecin adressant l'enfant concordait avec celui du SUP.

Les diagnostics posés par le dermatologue en consultation spécialisée ultérieure et ceux posés à la sortie du SUP ont également pu être comparés. Dans 66 % des cas (n=8), le diagnostic posé par le dermatologue en consultation ultérieure concordait avec celui posé aux UP. Les principales discordances diagnostiques concernaient la confusion entre gale et dyshidrose, eczéma et acropustulose infantile, lucite et piqûre d'insecte.

3.8. Traitement(s) de sortie du SUP

Dans plus de la moitié des cas (n=79), le traitement de sortie comprenait un traitement systémique seul. Dans 8% des cas (n=13), un traitement topique seul était prescrit et dans 25% des cas (n=38) un traitement topique et systémique étaient prescrits.

Dans 16 % des cas (n=25), aucune prescription médicale n'a été réalisée à la sortie.

Le tableau 8 ci-dessous décrit les différents traitements de sortie prescrits et la figure 5 compare les prescriptions d'antihistaminiques, de corticoïdes per os et d'antibiotiques déjà prescrits avant l'entrée et ceux prescrits à la sortie des UP.

Tableau 8. Traitement de sortie des urgences

Type de traitement	n/155	%
Antibiotique	22	14,2
<i>Per os*</i>	17	11,0
<i>Topique</i>	4	2,6
<i>Collyre</i>	1	0,6
Anti histaminique **	86	55,1
<i>Desloratadine</i>	59	38,1
<i>Méquitazine</i>	29	18,7
<i>Cetirizine</i>	0	0
<i>Hydroxyzine</i>	1	0,6
Cortisonique	22	14,2
<i>Dermocorticoïde§</i>	12	7,7
<i>Per os †</i>	9	5,8
<i>Inhalé</i>	1	0,6
Anti Parasitaire	6	3,9
Emollient	5	3,2
Fongicide topique	2	1,3
Antipyrétique	45	29,0
Adrénaline intra musculaire	1	0,6
Béta 2 mimétique de courte durée d'action	1	0,6
Antiseptique local	27	17,4
Antiviral aciclovir	2	3,2
Fer	1	0,6

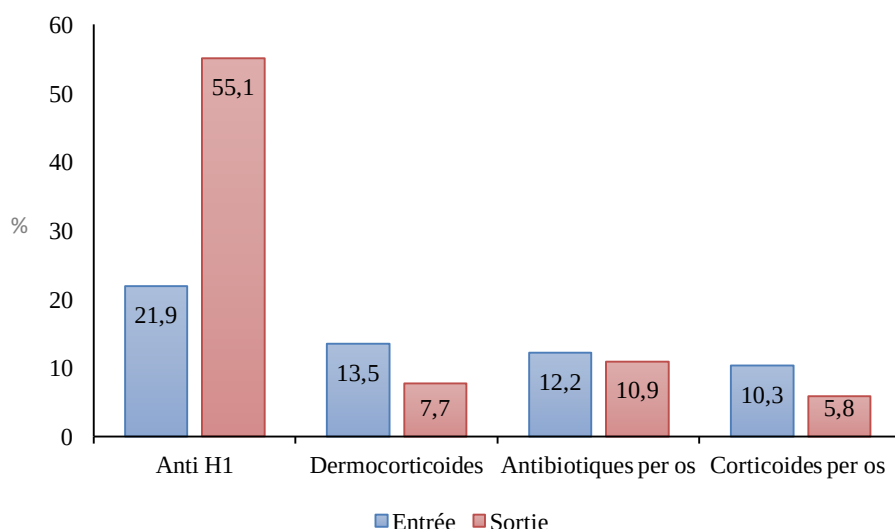
*Dont amoxicilline+acide clavulanique (n=9), amoxicilline (n=5), pristnamycine (n=1) cefixime (n=1), cefpodoxime (n=1)

**Dont 3 prescriptions de sortie avec 2 antihistaminiques

§ tridesonit (n=10), locapred (n=1) et diprosone (n=1)

† prednisolone (n=7), bétamétasone (n=2)

Le premier traitement prescrit à la sortie des Urgences était un antihistaminique (55%).
La desloratadine restait l'antihistaminique le plus prescrit.



(Liste des abréviations – Anti H1 : antihistaminique)

Figure 5: Comparaison des traitements à l'entrée et à la sortie des Urgences pédiatriques tous âges confondus en pourcentage

Sur les 34 traitements antihistaminiques prescrits avant l'admission aux UP, 27 (80%) ont été poursuivis et prescrits à la sortie. Sept ont été arrêtés à la sortie du SUP. Sur les 21 traitements par dermocorticoïdes prescrits avant l'admission aux UP, seuls six (29%) ont été poursuivis à la sortie.

3.9. Suivi ultérieur

Sur la population étudiée, une hospitalisation était nécessaire pour 2,5% des enfants (n=4). Les durées d'hospitalisation étaient courtes (48h maximum). Une hospitalisation était nécessaire chez une enfant de cinq ans présentant une suspicion de maladie de Kawasaki, chez une enfant de treize jours présentant une varicelle, une enfant de deux mois présentant un hémangiome cervical et un enfant de quatre ans ayant fait un choc anaphylactique sur ingestion de noix.

A la sortie des UP, chaque passage était évalué selon la classification clinique des malades aux urgences (CCMU), classification retrouvée en annexe 1. Les classes 3, 4 et 5 correspondaient à des situations instables, où le pronostic vital pouvait être engagé (CCMU

4 et 5). Les classes 3, 4 et 5 ne représentaient que 2,5% des enfants (n=4) et correspondaient aux enfants hospitalisés.

La majorité des enfants a été prise en charge en ambulatoire avec une classification CCMU 1 et 2 pour la très grande majorité d'entre eux (n=151). Un suivi était préconisé dans 38% des cas (n=59). Le suivi préconisé est illustré dans la figure 6 ci-dessous.

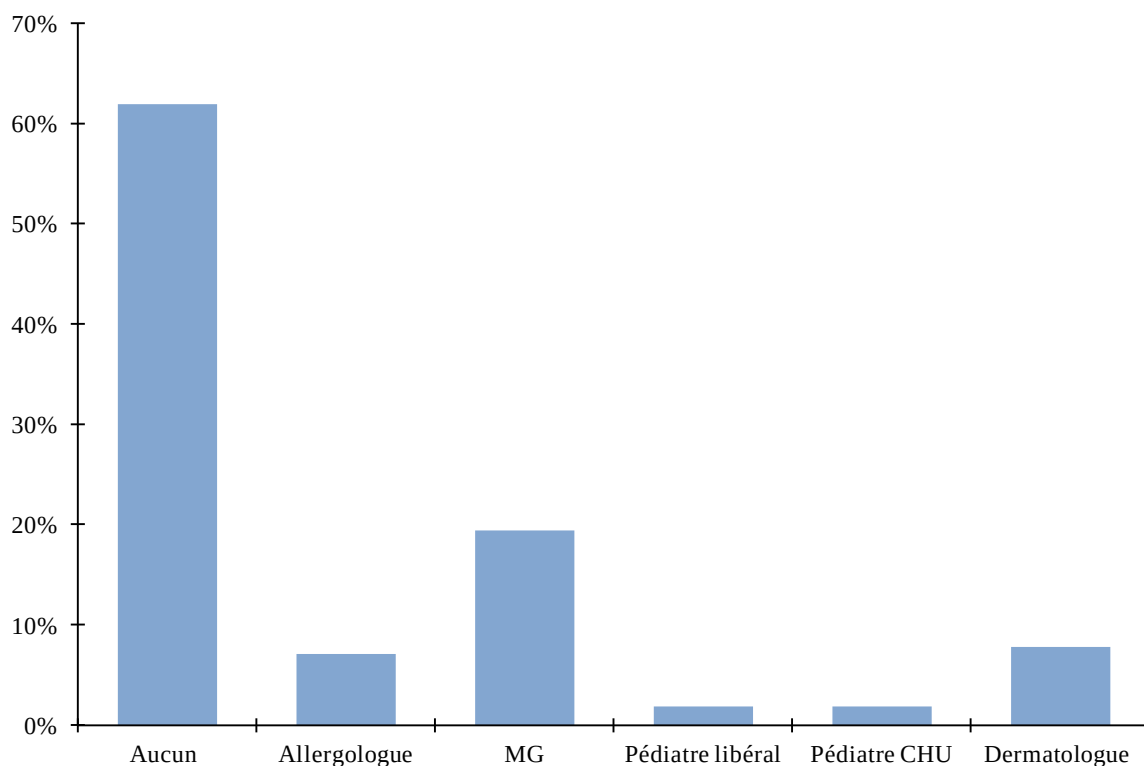


Figure 6: Type de suivi préconisé à la sortie du SUP
(Abréviation :MG médecin généraliste)

Au 31 janvier 2017, soit un mois après la fin de la période de recueil, 11 enfants de notre échantillon (7%) avaient reconsulté au SUP pour le même motif, à une seule reprise. Il s'agissait principalement de lésions urticariennes ou d'eczémas. Une discordance diagnostique était constatée dans un cas, et un autre enfant avait été reconvoqué pour le suivi évolutif.

3.10. Motivations parentales de recours

Le degré d'urgence moyen ressenti par les parents sur une Echelle Visuelle Analogique était de 5 [4 ;7]. Les différentes motivations parentales de recours sont illustrées dans le tableau 9 ci-dessous.

Tableau 9. Motivations parentales

Eléments motivant la consultation pour les parents	n / 179	%
Brutalité des symptômes	77	43,0
Extension des lésions	68	38,0
Inquiétude face à la Fièvre et/ou l'altération de l'état général	48	26,8
Echec de traitement	38	21,2
Crainte de la surinfection	33	18,4
Souhait d'avoir un second avis	33	18,4
Médecin habituel indisponible	31	17,3
Aucun médecin de ville disponible	30	16,8
Crainte de contagion	30	16,8
Maladie ressentie comme grave par les parents	23	12,8
Crainte de séquelles esthétiques	19	10,6
Pas de médecin traitant	9	5,0
Enfant déjà suivi au CHU pour une maladie chronique	4	2,2
Consultation internet majorant l'angoisse	3	1,7

Les deux principaux motifs de consultation des parents interrogés concernaient la brutalité des symptômes et l'extension des lésions. L'insuffisance de l'offre de ville était retrouvée dans 17% des cas car le médecin habituel n'était pas disponible, dans 17% des cas car aucun médecin de ville n'était disponible et dans 5% des cas car l'enfant n'avait pas de médecin traitant. La crainte de la contagiosité était retrouvée dans près de 17% des cas. Seuls 12,8% des parents pensaient que la maladie de leur enfant était grave.

3.11. Analyses par classes d'âge

En fonction des classes d'âge, la proportion d'enfants sous anti histaminiques à l'entrée et à la sortie était différente. La proportion d'enfants sous dermocorticoïdes à la sortie différait en fonction des classes d'âge. Les durées de passage aux Urgences et les durées d'évolution n'étaient pas différentes en fonction des classes d'âge.

Tableau 10. Analyses par classes d'âge

	≤1 an (n= 29)	1-2 ans (n=39)	2-4 ans (n=47)	5-9 ans (n=24)	≥10 ans (n=16)	<i>p</i>
Durée de passage aux urgences (h) (médiane [IIQ])	96 [78 ; 162]	96 [86 ; 193]	124 [105 ; 160]	132 [118 ; 163]	114 [103 ; 164]	0.73
Durée d'évolution de la maladie (jrs) (médiane [IIQ])	42 [11 ; 87]	24 [24 ; 96]	24 [24 ; 72]	48 [12 ; 144]	72 [24 ; 189]	0.41
Antihistaminiques						
<i>A l'entrée</i>	2 (7 %)	8 (21 %)	9 (19 %)	10 (42 %)	5 (31 %)	0.02
<i>A la sortie</i>	4 (14 %)	21(54%)	30 (64 %)	17 (71 %)	14 (88%)	<10⁻⁴
Dermocorticoïdes						
<i>A l'entrée</i>	4 (14 %)	6 (15 %)	6 (13 %)	4 (17 %)	1 (6 %)	0.94
<i>A la sortie</i>	7 (24 %)	1 (3%)	2 (4 %)	1 (4 %)	1 (6 %)	0.02

(Liste des abréviations - h : heure ; jrs : jours ; IIQ : Intervalle Inter Quartile)

4. DISCUSSION

4.1. Prévalence des pathologies dermatologiques dans le SUP

Cette étude met en lumière la grande diversité et la fréquence (5,8%) des consultations pour motif dermatologique au SUP du CHU de Toulouse. Plusieurs études internationales (4,18-22) ont évalué la prévalence de ce type de motif. Les chiffres variaient entre 4 et 20% si les affections cutanées d'origine traumatologique étaient exclues et entre 4 et 40% si les lésions cutanées d'origine traumatologique étaient prises en compte. La prévalence de fréquentation des enfants aux UP de Toulouse pour motif dermatologique paraît donc proche de la borne basse comparée aux études internationales. Cependant, certaines études prenaient en compte les diagnostics dermatologiques établis au décours d'un examen réalisé aux Urgences pour un autre motif principal de consultation (18).

Dans notre étude, la majorité des enfants (72%) consultant pour motif dermatologique était âgée de moins de cinq ans et plus d'un tiers des enfants était âgé de moins de deux ans, en majorité de sexe masculin. Ceci concorde avec les récentes études internationales (4,21).

4.2. Motivations parentales de recours aux UP

Cette étude est la première à s'intéresser aux motivations parentales de ce type de recours. Soixante-cinq pour cent des enfants avaient consulté spontanément aux UP.

Les principales motivations de recours étaient la brutalité d'apparition des symptômes pour 43% des parents et le caractère extensif rapide des lésions pour 38% d'entre eux. Ceci concorde avec le mode d'apparition et d'évolution des lésions urticariennes, principal motif de recours retrouvé dans notre population. Ce caractère soudain et extensif conduisait les parents à demander un avis médical urgent, soit par leur médecin généraliste (avec souvent des difficultés de prise en charge en urgence sur des plannings organisés sur rendez-vous et déjà surchargés), soit vers les Urgences (sur les conseils de leur médecin ne pouvant pas les recevoir ou du SAMU par téléphone). Parfois, les signes cliniques avaient déjà disparu ou s'étaient estompés à leur arrivée aux Urgences.

Il semble donc indispensable d'informer les parents sur les signes de gravité et sur les signes devant faire consulter aux Urgences pour lésion urticarienne.

L'insuffisance de l'offre de soins médicaux en ville était une raison mise en avant par les parents dans 34% des cas : car leur médecin habituel ne pouvait pas les recevoir (17%) ou lorsqu'aucun médecin de ville ne pouvait, à priori, les recevoir (17%). Plus de la moitié des consultations avaient d'ailleurs lieu pendant les heures d'ouverture des cabinets médicaux de ville. Il paraît nécessaire de restructurer l'offre de soins ambulatoire. L'organisation de consultations sans rendez-vous chez les médecins libéraux et la création d'un établissement d'accueil accolé au SUP pour les enfants CCMU 1 et 2 pourraient être des propositions intéressantes. L'étude de Brandon *et al* (15) a démontré que la mise en place d'un service de dermatologie ambulatoire associé aux Urgences avait pu diminuer de 36% le nombre de passages aux Urgences pour eczéma.

Quand l'éruption est accompagnée d'une fièvre, c'est un symptôme générateur d'angoisse parentale et un motif fréquent de consultation (23), malgré les fiches d'information délivrées dans le service des UP. Face à une éruption et d'autant plus si elle est fébrile, la problématique de la contagiosité était mise en avant par les parents, souvent relayée par les crèches où un avis médical est souvent demandé et une éviction recommandée dans l'attente de celui-ci.

La surveillance clinique devant une éruption cutanée que l'on sait bénigne (mais dont l'étiologie précise est inconnue) est difficile à accepter par les parents en demande de diagnostic de certitude, multipliant alors la demande d'examens complémentaires, d'avis spécialisé (18,4% de demande de deuxième avis dans notre étude) et consultant précocement (souvent en moins de 24h après l'apparition des premiers symptômes).

Devant ces motivations parentales variées, l'éducation et l'information des parents sur les pathologies chroniques (eczéma ou psoriasis par exemple) pourraient être des propositions intéressantes pour diminuer le nombre de consultations aux UP.

4.3. L'éducation et l'information des parents en dermatologie pédiatrique

En dermatologie et particulièrement pour les pathologies chroniques comme la DA, une information des parents précise et détaillée est primordiale lors de la première consultation, car il s'agit de parents d'enfants qui ont tendance à reconsulter de nombreuses fois pour ce même motif. Dans notre étude, 53% des enfants avaient déjà consulté au moins une fois (et 7% à plus de quatre reprises) un médecin pour le même motif et 14 % avait consulté un dermatologue avant leur arrivée aux UP. Sept pour cent étaient revenus aux Urgences à dix mois du début du recueil, principalement pour des lésions d'eczéma. Dans l'étude américaine de 2016 de Moon *et al* , 72% des enfants ayant consulté pour DA étaient revenus en consultation externe aux Urgences (4).

Par ailleurs il semblerait intéressant de s'inspirer du modèle anglo-saxon et d'éduquer les parents en médecine libérale et aux UP à la reconnaissance d'un purpura, véritable enjeu de Santé Publique. L'étude de Aurel *et al* (24) a montré que les connaissances des parents sur l'importance du purpura comme signe d'alerte en cas de fièvre et sur les façons de le reconnaître étaient très insuffisantes. Seuls 7% des parents identifiaient le purpura comme un signe d'alerte en cas de fièvre. Les pédiatres et médecins généralistes tiennent donc un rôle majeur dans l'éducation des parents à la reconnaissance de celui-ci.

4.4. Principales étiologies décrites

En accord avec la revue de la littérature, il existe une grande diversité dans les pathologies dermatologiques décrites. Les principaux diagnostics étaient de cause inflammatoire ou allergique dans 30% des cas et d'origine infectieuse dans 61% des cas (21). Les trois principaux diagnostics décrits dans notre étude étaient l'urticaire, les viroses aspécifiques et les dermatites atopiques ou eczéma. L'urticaire était le premier diagnostic décrit dans notre étude dans un quart des cas tout âge confondu. Les infections bactériennes et impétiginisations étaient décrites de manière plus importante (17%) chez les 5-9 ans.

Le caractère saisonnier est un facteur important de variabilité en dermatologie pédiatrique. Les consultations pour motif dermatologique étaient plus fréquentes en été et au printemps. Ceci peut être expliqué par la fréquence plus importante de piqûre d'insecte, de

réactions virales aspécifiques et d'impétiginisation en été liée à la chaleur et à l'exposition solaire (21, 25-26). Par ailleurs, l'accès à une consultation en médecine générale en été est plus difficile qu'à une autre période de l'année.

Il s'agissait principalement de lésions dermatologiques bénignes nécessitant une prise en charge ambulatoire (CCMU 1 et 2 principalement).

Trois études françaises ont étudié les principaux diagnostics décrits dans les services d'Urgences adultes (1,27,28). Les principaux diagnostics étaient les infections bactériennes, les eczémas de contact, les ulcères et les réactions médicamenteuses. Ceci montre la spécificité de la dermatologie pédiatrique.

4.5. Proportion d'enfants adressés

Dans notre étude, 35% des enfants étaient adressés. Les enfants dont les parents avaient joint le SAMU ou les UP par téléphone avant de se rendre au SUP étaient considérés comme adressés. Ce chiffre est plus important que dans la littérature, (15,1%) dans l'étude de Landolt *et al* (18). Ce chiffre est également plus important que le taux d'enfants adressés aux UP du CHU de Toulouse pour un autre motif (10%) (7). Tous les enfants adressés par le SAMU joint par téléphone l'étaient pour des lésions urticariennes. Les médecins généralistes étaient les principaux médecins à adresser les enfants aux Urgences, un courrier n'était présent que dans 28% des cas.

4.6. Concordance diagnostique

Une grande partie des diagnostics (27%) était suspectée uniquement à la sortie du SUP, ce qui concorde avec les données de la littérature et l'étude de Krauss *et al* (23,8%) (21). Dans notre étude, la concordance de diagnostic à l'entrée par le médecin adresseur et celui des UP était de 41%.

Par ailleurs on note une concordance diagnostique de 66% entre le SUP et le diagnostic réalisé *a posteriori* par le dermatologue. Ces chiffres concordent avec ceux retrouvés dans la littérature entre 58 et 66 % de concordance diagnostique (19,20).

4.7. Insuffisance de formation en dermatologie

Ces chiffres mettent en lumière l'insuffisance de formation initiale et continue des médecins en dermatologie. Des études menées au milieu des années 1990 ont montré que des soins optimaux avaient été délivrés pour problème dermatologique dans seulement 40% des cas (10). La problématique n'est pas spécifiquement française car de nombreuses études internationales, et plus récentes, la soulignent (19,20, 29-31).

La majorité des consultations initiales au SUP sont réalisées par des internes en formation, souvent en début ou milieu de cursus, avec des heures de formation insuffisantes et un manque d'expérience. La grande majorité des éruptions sont ensuite revues conjointement avec le médecin senior. Le manque de formation théorique et pratique en dermatologie au cours de l'internat (Module santé de l'enfant de deux jours avec 45 minutes dédiées aux maladies éruptives de l'enfant à Toulouse), et le manque de consensus sur les principaux diagnostics en dermatologie sont les deux principaux freins retrouvés dans la littérature (12). L'enjeu de la formation est pourtant majeur car les pathologies cutanées sont associées à une morbidité importante et à une diminution de la qualité de vie (30). Une des conséquences de l'insuffisance de formation des médecins de premiers recours est l'augmentation des consultations au SUP.

Les soirées de formation continue pour les médecins généralistes pourraient être multipliées par exemple sur les pathologies les plus couramment rencontrées (4,18) comme les pathologies inflammatoires (urticaire et DA) et les pathologies infectieuses les plus fréquentes en se basant sur le modèle de l'étude de Fengenbaum *et al* (32). Les spécialistes en dermatologie tiennent un rôle important dans la formation initiale et continue des autres professionnels de santé.

4.8. Favoriser les échanges avec les spécialistes en Dermatologie

Certaines études ont déjà souligné la volonté des médecins de bénéficier d'un avis rapide d'un spécialiste en dermatologie. La thèse d'exercice de Piette en 2015 (33) a mis en évidence que la télé expertise dermatologique en médecine générale avait pu diminuer de manière significative les délais d'attente pour obtenir un avis spécialisé dermatologique. Ce type de communication n'est pas encore développé à l'échelle nationale et reste encore au stade expérimental. Elle pourrait néanmoins constituer une piste importante à développer pour faciliter les échanges entre les praticiens.

Dans l'étude de Landolt *et al*, dans 24% des cas, les pédiatres aux Urgences auraient souhaité bénéficier d'un avis dermatologique. Dans 16% des cas, ils considéraient l'avis spécialisé essentiel (18). Une étude française plus ancienne (19), avait déjà mis en évidence que les pédiatres demandaient un avis dermatologique spécialisé dans 31% des cas , considérant l'avis nécessaire dans 57 % des cas et urgent dans 19% des cas.

Au SUP de Toulouse, l'avis dermatologique pendant les heures ouvrables est possible grâce à la communication de photographies par mail ou smartphone au dermatologue d'astreinte et/ou aux internes. En médecine libérale, l'avis spécialisé peut être plus difficile à obtenir pendant le temps de consultation.

4.9. Analyse des prescriptions

Depuis les années 1990, une augmentation de 10% de la diversité des pathologies dermatologiques rencontrées en ambulatoire et une modification des prescriptions des médecins généralistes ont été décrites (10).

Dans la littérature, les trois classes de médicaments les plus couramment prescrits, entre 2002 et 2005, pour les problèmes cutanés étaient les antihistaminiques, les anti-infectieux topiques et les corticostéroïdes (4). Dans notre étude, il existe un fort taux de prescriptions d'antibiotiques et de corticothérapie per os avant l'entrée au SUP.

4.9.1. Antihistaminiques

Devant la grande diversité des pathologies dermatologiques et la fréquence du symptôme « prurit », la prescription d'un antihistaminique est-elle toujours conforme aux recommandations ?

Le taux d'antihistaminique à la sortie du SUP est proportionnellement plus important qu'à l'entrée. Les antihistaminiques sont le plus prescrits à la sortie des Urgences chez les plus de 10 ans. Le principal antihistaminique prescrit à l'entrée et à la sortie du SUP était la desloratadine, principalement en raison de sa galénique en gouttes avec pipette graduée adaptée à l'usage pédiatrique mais aussi en raison des contre-indications des autres antihistaminiques (allongement de l'intervalle QT ou effet anticholinergique des antihistaminiques de première génération). Chez les enfants de moins d'un an, 14 % d'entre eux ont bénéficié d'un traitement de sortie par antihistaminiques, prescription réalisée hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). En effet, les antihistaminiques disposent d'une AMM à partir de l'âge d'un an et uniquement pour les rhinites allergiques ou urticaires, pathologies exceptionnelles à cet âge.

Les recommandations actuelles de prise en charge de l'urticaire recommandent l'utilisation d'antihistaminiques de 2^{ème} génération en première intention. Si les antihistaminiques de 2^{ème} génération ne suffisent pas à contrôler les symptômes, les recommandations pédiatriques actuelles suivent celles de l'adulte, avec l'augmentation de la dose, associée ou non aux antileucotriènes. Il n'y a pas de place pour les corticoïdes systémiques dans le traitement de l'urticaire (aigüe et chronique) même s'il existe un œdème du visage associé. Le risque d'induire une corticodépendance est élevé en cas de traitement prolongé (34). Pour les urticaires résistantes au traitement antihistaminique à doses fortes, il faut s'assurer que le patient ne prend pas, même de façon épisodique, de corticoïdes per os, potentiellement responsable d'une cortico-dépendance. En cas de résistance au traitement antihistaminique, il est possible, dans ce cas, de traiter par la ciclosporine et l'omalizumab (36). Les antihistaminiques n'ont pas démontré la preuve de leur efficacité dans la prise en charge de l'eczéma ou de la DA (37).

Mais alors, quelle thérapeutique proposer aux nourrissons âgés de moins d'un an souffrant de prurit ? Aucune recommandation actuelle ne permet de répondre à cette problématique.

4.9.2. Dermocorticoïdes

Les dermocorticoïdes ne sont pas prescrits de manière équivalente entre les différentes classes d'âge. Il existe un biais car on note une proportion plus importante de DA chez les moins de deux ans et donc une prescription plus importante de dermocorticoïdes. Les principales classes prescrites à la sortie des UP correspondent à des dermocorticoïdes de force modérée, en accord avec les recommandations. Les dermocorticoïdes étaient plus prescrits, toutes classes d'âge confondues, à l'entrée qu'à la sortie et seuls 29% étaient reconduits sur l'ordonnance de sortie. L'étude de Smith *et al* (38) avait déjà mis en évidence une prescription plus importante de corticostéroïdes pour les pathologies cutanées chez les médecins généralistes que chez les dermatologues.

Le score de gravité SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis) n'était pas réalisé dans les consultations au SUP pour évaluer la gravité des lésions de DA mais il était retrouvé lors des consultations spécialisées dermatologiques à distance. Cette évaluation n'a pas d'indication à être réalisée en urgence mais elle constitue un outil de suivi majeur. Le SCORAD est l'outil le plus utilisé et le mieux validé, présenté en Annexe 4 (39).

Il prend en compte trois paramètres :

- l'intensité des signes cliniques,
- l'extension de la dermatose
- la sévérité de signes fonctionnels : prurit et perte du sommeil

La DA est légère pour un SCORAD < 20, modérée pour un résultat entre 20 et 40 et sévère au-dessus de 40.

4.4.3. Antibiotiques

On note une proportion plus importante de prescriptions d'antibiotiques à l'entrée (12,2%) qu'à la sortie (10,9%) des UP. Les patients avec DA sont colonisés à *Staphylococcus aureus* sur les lésions cutanées et en peau saine. Il faut différencier ce portage habituel d'une réelle surinfection (croûtes, bulles, pustules, majoration du suintement, extension des lésions, signes généraux et majoration du prurit...).

Les bêta lactamines étaient la principale classe d'antibiotiques prescrite à l'entrée et à la sortie des UP. En dehors d'une surinfection bactérienne patente, il n'y a pas lieu d'utiliser les antibiotiques locaux ou généraux ni les antiseptiques (13).

4.10. Autres analyses des résultats

Devenir de l'enfant et suivi ultérieur

Contrairement à la littérature, le taux d'hospitalisation dans notre étude était très faible (2,5%) contre 5 à 10 % dans les études internationales (18,21). Ceci peut être expliqué en raison du biais lié à la délivrance du questionnaire par les Infirmières d'accueil et d'orientation. Lorsque les enfants doivent être pris en charge rapidement, le passage par l'IAO est plus rapide et la délivrance du questionnaire n'a peut-être pas été réalisée.

Concernant le suivi préconisé à la sortie des UP, 8% des enfants étaient adressés à un dermatologue, ce qui est plus important que dans la littérature (1% dans l'étude de Landolt *et al* évaluant la prévalence des consultations pour motif dermatologique dans un service d'Urgence pédiatrique) (18). Le caractère incertain du diagnostic de sortie (27% des cas) peut être un facteur expliquant ce chiffre plus important retrouvé dans notre étude. De manière comparable à l'étude de Landolt *et al*, on retrouve un taux similaire d'enfants suivis ultérieurement par leur médecin généraliste (20%) mais un taux moins important d'enfants (62%) ne nécessitant aucun suivi (contre 72% dans l'étude Suisse).

Examens complémentaires

Un quart des enfants a bénéficié d'au moins un examen complémentaire au SUP, ceci ne peut être comparé avec les données de la littérature car il s'agit de la première étude s'y intéressant. La majorité des consultations étant classées CCMU 1 et 2, nous pouvons nous interroger sur les indications de ces examens complémentaires, augmentant le coût et le temps d'attente aux UP. Par exemple, cinq prélèvements cutanés ont été réalisés. Trois prélèvements cutanés ont retrouvé la présence de *staphylocoque aureus*, résultat pouvant être attendu et ne modifiant pas la prise en charge thérapeutique (patient sans antibiothérapie préalable).

4.11. Forces et limites de l'étude

Forces

Notre étude est intéressante car il s'agit de la première étude qui évalue les motivations parentales de recours aux Urgences pour motif dermatologique. Il est nécessaire de bien connaître en amont les raisons de ces consultations, ce qui fait partie d'un des trois objectifs du rapport de la cour des Comptes de 2014 (8). Elle met en lumière l'absence de recommandations officielles concernant l'utilisation des antihistaminiques en pédiatrie et la présence de prescriptions hors AMM chez les enfants âgés de moins d'un an.

Ce sujet est important car les pathologies dermatologiques représentent un fort taux de consultations en médecine de ville et aux Urgences avec des médecins de premiers recours face à des pathologies dermatologiques de plus en plus variées et un panel de plus en plus large de thérapeutique dermatologique. Fait intéressant, l'augmentation de la variété de 10% des pathologies cutanées rencontrées par les médecins généralistes se rapproche étroitement de l'augmentation de 9% à 12% des variétés des classes de médicaments dermatologiques (10).

Il s'agit de la première étude s'intéressant aux prescriptions médicales à l'entrée et à la sortie des Urgences pédiatriques avec discussion de l'indication des antihistaminiques et des dermocorticoïdes. Il y a donc un impact futur sur nos prescriptions. Notre étude est la première à s'intéresser aux examens complémentaires réalisés aux UP pour motif dermatologique.

La durée de recueil sur neuf mois a permis d'avoir une interprétation en fonction des saisons, caractère important de variabilité en dermatologie pédiatrique.

Enfin, elle soulève la nécessité de travailler en équipe pluridisciplinaire entre les dermatologues, les pédiatres des services d'urgence et la médecine de ville.

Limites

Manque de puissance

L'effectif de notre étude est faible car le taux de participation au questionnaire était faible (10,6%). Ceci est lié à la difficulté de distribution et de recueil des questionnaires. Un certain nombre de questionnaires (n=18) n'ont pu être évalués en raison du manque

d'identification ou de la mauvaise lisibilité de l'identification. Ce faible effectif entraine une puissance statistique insuffisante.

Biais

Il existe des biais liés à la fois au recueil rétrospectif des informations et à la qualité du recueil dans les dossiers médicaux. Beaucoup de questionnaires n'ont pas été délivrés par les IAO, avec des diagnostics non représentés dans notre population comme le purpura rhumatoïde, pourtant fréquent au SUP, probablement car ceux-ci étaient directement installés en box en vue d'examens complémentaires.

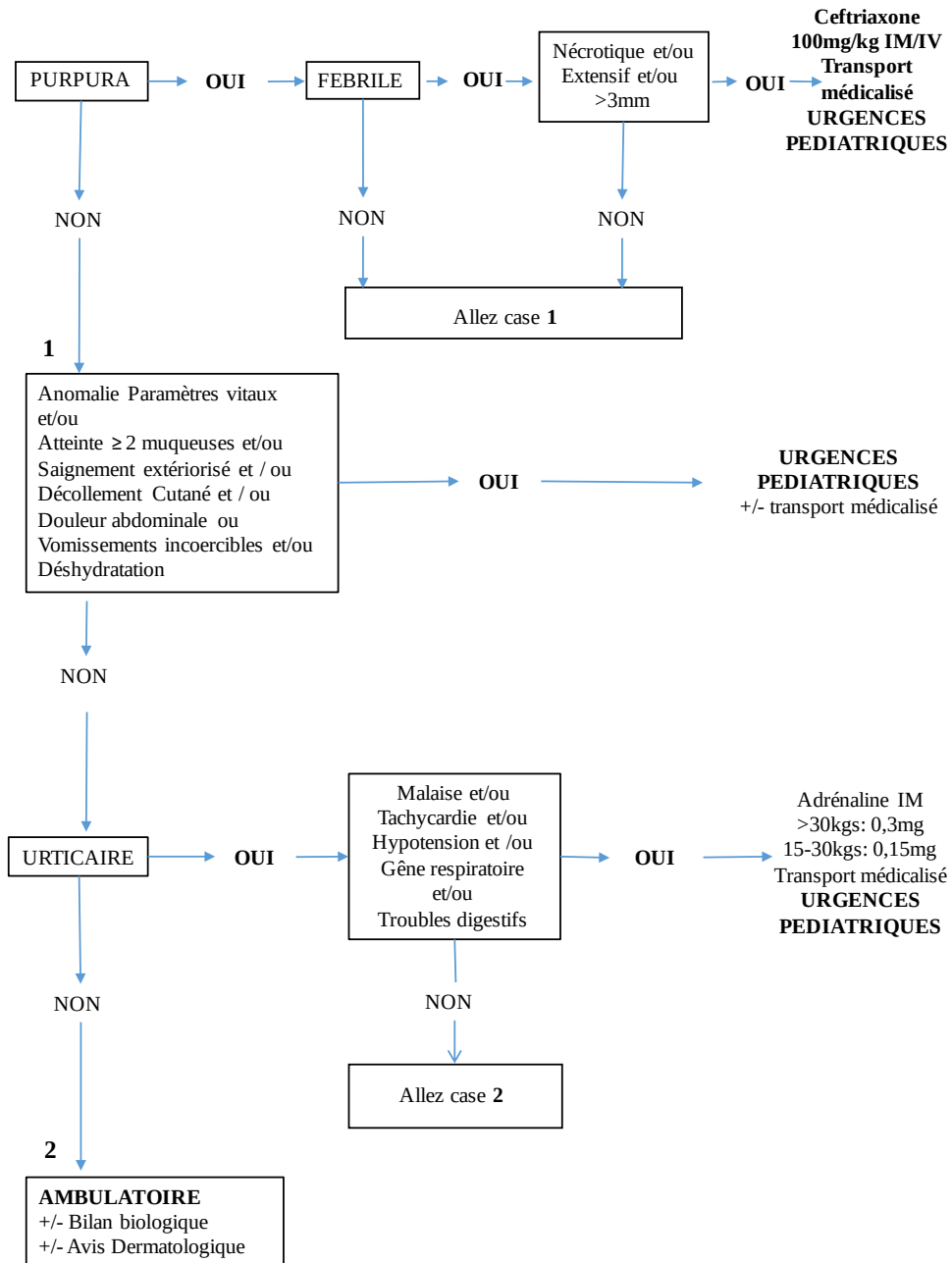
Il existe un biais de recrutement, le recueil dans un service d'urgence de CHU ne peut être appliqué aux autres centres hospitaliers. Cette étude n'est pas représentative de l'ensemble des enfants consultant pour motif dermatologique. Un certain nombre de parents n'ont pas pu être interrogés en raison de barrière linguistique.

Enfin, le nombre de patients adressés a pu être surévalué car nous nous sommes basés sur les données déclarées par les parents.

Malgré ces limites, nous proposons un logigramme d'aide à l'orientation pour les professionnels de santé concernant les enfants de plus de 3 mois présentant une éruption cutanée. Après avoir appliqué rétrospectivement ce logigramme à notre étude, 93% (n=144) des passages aux UP sur notre période auraient pu être pris en charge en ambulatoire. Paradoxalement, 35% des enfants étaient adressés. Si l'on applique ce logigramme uniquement aux enfants adressés, 93% d'entre eux (n=59/63) auraient pu être pris en charge en ambulatoire.

4.12. Logigramme d'aide à l'orientation pour les professionnels de santé

Eruption cutanée de l'enfant > 3 mois



5. CONCLUSION

Les consultations dans les services d'Urgences et notamment aux Urgences pédiatriques du CHU de Toulouse sont en constante augmentation. Entre 2012 et 2015, le SUP enregistrait une augmentation de 17% des consultations pour motif dermatologique. Notre étude confirme la diversité et la fréquence des consultations au SUP pour ce motif.

L'urticaire et la dermatite ou eczéma atopique étaient les deux principaux diagnostics retrouvés sur notre population. Soixante-cinq pour cent des consultations étaient spontanées et les principales motivations parentales étaient la brutalité d'apparition des symptômes et/ou le caractère extensif de l'éruption.

Les pathologies dermatologiques sont source d'inquiétude parentale mais aussi source de doute diagnostique pour les professionnels de santé. Trente-cinq pour cent des patients étaient adressés. Toute la difficulté réside dans le diagnostic précoce et l'orientation urgente des pathologies dont le pronostic vital immédiat est engagé (anaphylaxie et purpura fulminans principalement).

En ambulatoire, les consultations de dermatologie pédiatrique sont assurées conjointement entre les médecins généralistes, les pédiatres et les dermatologues. Chacun tient donc une place majeure dans cette prise en charge.

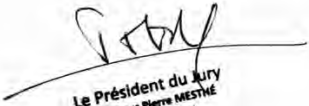
Un lien d'accès direct à un avis spécialisé ou la création d'une consultation sans rendez-vous en dermatologie pédiatrique pourraient être des moyens permettant d'améliorer cette prise en charge.

La formation des médecins pourrait être encouragée à travers un renforcement de la formation initiale et le développement de la formation continue. La diffusion et l'accès aux recommandations des sociétés savantes sur les principaux diagnostics rencontrés et sur les principales thérapeutiques pourraient être améliorés.

L'éducation et l'information des parents en dermatologie pédiatrique seraient à poursuivre car certaines pathologies chroniques comme la dermatite atopique sont source de multiples consultations.

Une prochaine étude évaluant les connaissances des médecins généralistes en dermatologie pédiatrique serait intéressante afin de cibler les formations nécessaires, ainsi qu'une évaluation avant/après du logigramme d'orientation sur la pratique des médecins généralistes.

Vu
Toulouse le 23/05/2017


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse le 24/05/2017

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



TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1: Evolution du nombre de passages par an aux Urgences Pédiatriques (UP) entre 2012 et 2015	8
Figure 2 :Diagramme de Flux.....	18
Figure 3: Distribution des passages pour motif dermatologique selon l'âge de l'enfant (ans) au SUP	20
Figure 4: Principaux symptômes retrouvés aux UP	24
Figure 5: Comparaison des traitements à l'entrée et à la sortie des UP tous âges confondus en %.....	31
Figure 6: Type de suivi préconisé à la sortie du SUP	32
 Tableau 1. Age, sexe et entourage familial des enfants à l'entrée aux Urgences	 19
Tableau 2. Caractéristiques à l'admission aux Urgences.....	21
Tableau 3. Prise en charge antérieure aux Urgences et Orientation	22
Tableau 4. Type de Traitement avant l'arrivée aux Urgences	23
Tableau 5. Les vingt principaux diagnostics en fonction des classes d'âge	26
Tableau 6 : Diagnostics en fonction des classes d'âge.	27
Tableau 7 : Diagnostics en fonction des saisons.	28
Tableau 8. Traitement de sortie des urgences.....	30
Tableau 9. Motivations parentales	33
Tableau 10. Analyses par classes d'âge.....	34

BIBLIOGRAPHIE

1. Legoupil D, Davaine A-C, Karam A, Peu Duvalon P, Dupré D, Greco M, et al. [Assessment of dermatological emergencies in a French university hospital]. *Ann Dermatol Venereol*. nov 2005;132(11 Pt 1):857-9.
2. Conseil national de l'ordre des médecins. Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale. 2015.
3. Prindaville B, Antaya RJ, Siegfried EC. Pediatric Dermatology: Past, Present, and Future. *Pediatr Dermatol*. 1 janv 2015;32(1):1-12.
4. Moon AT, Castelo-Soccio L, Yan AC. Emergency department utilization of pediatric dermatology (PD) consultations. *J Am Acad Dermatol*. juin 2016;74(6):1173-7.
5. Le Breton G, La démographie médicale en région Midi-Pyrénées, Situation en 2013. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2013 p. 68.
6. IFOP. L'observatoire de l'accès aux soins. 2014.
7. Claudet I, Les urgences pédiatriques du CHU de Toulouse. 2016.
8. Cour des Comptes. Rapport public annuel. 2014.
9. H. Beltraminelli. Consultations en urgence dans le département de dermatologie de l'hôpital universitaire de Bâle, Suisse – caractérisation des patients et des consultations – une analyse de 12 mois avec 2222 patients. *Ann Dermatol Vénéréologie*. déc 2013;Volume 140(n° 12S1):pages 478-479.
10. Awadalla F, Rosenbaum DA, Camacho F, Fleischer AB, Feldman SR. Dermatologic disease in family medicine. *Fam Med*. août 2008;40(7):507-11.
11. Dumortier B. Revue des pathologies dermatologiques de la population pédiatrique d'un CHU : intérêt d'une étroite collaboration entre pédiatres et dermatologues. Grenoble; 2012.
12. Wilmer EN, Gustafson CJ, Ahn CS, Davis SA, Feldman SR, Huang WW. Most common dermatologic conditions encountered by dermatologists and nondermatologists. *Cutis*. déc 2014;94(6):285-92.
13. Conférence de Consensus. Recommandations sur la prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant [Internet]. France; 2005 p. 15.
14. Kay J, Gawkrödger DJ, Mortimer MJ, Jaron AG. The prevalence of childhood atopic eczema in a general population. *J Am Acad Dermatol*. janv 1994;30(1):35-9.
15. Beal BT, Prodanovic E, Kuo JE, Armbrrecht ES, Peter JR, Siegfried EC. Impact of a

Pediatric Dermatology Service on Emergency Department Utilization for Children with Dermatitis. *Pediatr Dermatol.* 1 janv 2016;33(1):69-74.

16. Nosbaum A. Urticaire aigüe et chronique- Particularités chez l'enfant. Lyon; sept 20, 2012 p. 3.
17. Ferrer M. Epidemiology, healthcare, resources, use and clinical features of different types of urticaria. *Alergológica* 2005. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2009;19 Suppl 2:21-6.
18. Landolt B, Staubli G, Lips U, Weibel L. Skin disorders encountered in a Swiss pediatric emergency department. *Swiss Med Wkly.* 2013;143:w13731.
19. 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.
20. 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.* sept 1994;11(3):158-61.
21. 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 JEADV.* déc 2010;24(12):1468-75.
22. Krauss BS, Harakal T, Fleisher GR. The spectrum and frequency of illness presenting to a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care.* avr 1991;7(2):67-71.
23. Sagnes-Raffy C. *Epidémiologie des Urgences de l'enfant de moins de 2 ans* . CHU de Toulouse; 2001 p. 18.
24. Aurel M, Dubos F, Motte B, Pruvost I, Leclerc F, Martinot A. Recognising haemorrhagic rash in children with fever: a survey of parents' knowledge. *Arch Dis Child.* juill 2011;96(7):697-8.
25. Hayden GF. Skin diseases encountered in a pediatric clinic. A one-year prospective study. *Am J Dis Child* 1960. janv 1985;139(1):36-8.
26. Symvoulakis EK, Krasagakis K, Komninos ID, Kastrinakis I, Lyronis I, Philalithis A, et al. Primary care and pattern of skin diseases in a Mediterranean island. *BMC Fam Pract.* 31 janv 2006;7:6.
27. Murr D, Bocquet H, Bachot N, Bagot M, Revuz J, Roujeau J-C. Medical activity in a emergency outpatient department dermatology. *Ann Dermatol Venereol.* févr 2003;130(2 Pt 1):167-70.
28. Blaise S, Trividic M, Boulinguez S, Sparsa A, Bonnetblanc J-M, Bédane C. *Consultations d'urgence en dermatologie au CHU de Limoges.* 2008.

29. Sellheyer K, Bergfeld WF. A retrospective biopsy study of the clinical diagnostic accuracy of common skin diseases by different specialties compared with dermatology. *J Am Acad Dermatol*. 1 mai 2005;52(5):823-30.
30. Fleischer AB, Herbert CR, Feldman SR, O'Brien F. Diagnosis of skin disease by nondermatologists. *Am J Manag Care*. oct 2000;6(10):1149-56.
31. Federman DG, Concato J, Kirsner RS. Comparison of dermatologic diagnoses by primary care practitioners and dermatologists. A review of the literature. *Arch Fam Med*. avr 1999;8(2):170-2.
32. Feigenbaum DF, Boscardin CK, Frieden IJ, Mathes EFD. What should primary care providers know about pediatric skin conditions? A modified Delphi technique for curriculum development. *J Am Acad Dermatol*. oct 2014;71(4):656-62.
33. Piette E, Impact d'une intervention de télé dermatologie sur le délai pour débiter les soins: un essai contrôlé randomisé en grappe, en ambulatoire (thèse)
34. Augey F, Gunera-Saad N, Bensaid B, Nosbaum A, Berard F, Nicolas J-F. Chronic spontaneous urticaria is not an allergic disease. *Eur J Dermatol EJD*. juin 2011;21(3):349-53.
35. Augey F, Nosbaum A, Ben-Said B, Bérard F, Nicolas J-F. [Chronic urticaria and corticoid dependence: corticosteroids have no role in the treatment of urticaria]. *Ann Dermatol Venereol*. janv 2011;138(1):3-4.
36. Doshi DR, Weinberger MM. Experience with cyclosporine in children with chronic idiopathic urticaria. *Pediatr Dermatol*. août 2009;26(4):409-13.
37. Les effets des antihistaminiques sur l'eczéma. *Cochrane*. Février 2013.
38. Smith ES, Fleischer Jr. AB, Feldman SR. Nondermatologists are more likely than dermatologists to prescribe antifungal/corticosteroid products: An analysis of office visits for cutaneous fungal infections, 1990–1994. *J Am Acad Dermatol*. juill 1998;39(1):43-7.
39. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. *Dermatol Basel Switz*. 1993;186(1):23-31.

ANNEXE 1 : Classification CCMU

La classification clinique des malades aux urgences

La CCMU comporte 5 classes. Les classes 1 à 5 correspondent à des situations de gravité croissante

1 : état clinique stable, pas d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique

2 : état stable, décision d'acte complémentaire diagnostique

3 : état pouvant s'aggraver aux urgences

4 : pronostic vital engagé sans geste de réanimation immédiat nécessaire

5 : pronostic vital engagé, nécessité de manœuvres de réanimation immédiates.

ANNEXE 2 : Questionnaire délivré aux parents

Motivations parentales et parcours du patient pédiatrique consultant pour un motif dermatologique aux Urgences pédiatriques du CHU de Toulouse

Etiquette de l'enfant

Vous consultez aux Urgences pédiatriques car votre enfant présente une ou des lésions de la peau, nous nous intéressons à ce qui a motivé votre venue d'une part et d'autre part au parcours antérieur à cette venue (consultations, essai de traitement, etc.)

Les données recueillies resteront strictement confidentielles dans le cadre de ce travail de recherche. Une fois le questionnaire rempli, merci de le déposer à l'accueil des urgences.

Si vous ne souhaitez pas participer à cette étude, merci de cocher la case suivante et de remettre ce questionnaire à l'accueil : ☐

➔ SI VOUS CONSULTEZ SPONTANEMENT :

1) Pour quelles raisons consultez-vous aux urgences pédiatriques ? (plusieurs réponses possibles)

O RAISONS LIEES AU PROBLEME MEDICAL ACTUEL :

- ☐ Caractère brutal, et soudain des symptômes
- ☐ Vous êtes inquiet concernant la fièvre et/ ou l'altération de l'état général
- ☐ Peur de la contagion
- ☐ Non efficacité des traitements instaurés
- ☐ Extension des lésions
- ☐ Vous craignez des séquelles esthétiques pour votre enfant
- ☐ Vous pensez que la maladie de votre enfant est grave
- ☐ Vous craignez une surinfection des lésions
- ☐ Autres :

O RAISONS AUTRES :

- ☐ Son médecin habituel pouvait le voir avec délai ; et donner le délai :
- ☐ Vous n'avez pas réussi à joindre un médecin de ville
- ☐ Vous n'avez pas de médecin traitant pour l'enfant
- ☐ Vous souhaitez un deuxième avis
- ☐ Vous avez consulté internet et cela a majoré votre inquiétude
- ☐ Votre enfant est habituellement suivi au CHU de Toulouse pour une pathologie chronique

- 2) Quel degré d'urgence ressentez-vous concernant la prise en charge de votre enfant entre 0 (non urgent) et 10 (urgence grave)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Non urgent -----> Urgence grave

➔ **SI VOUS ETES ADRESSES PAR UN MEDECIN :**

- 3) Par qui êtes-vous adressé ?

- ☐ Vous êtes adressé par le médecin qui suit votre enfant
- ☐ Vous êtes adressé par un autre médecin
- ☐ Vous êtes adressé aux urgences par le SAMU joint par téléphone
- ☐ Vous êtes amené par le SAMU
- ☐ Vous avez appelé le service des urgences pédiatriques qui vous a conseillé de consulter

- 4) Possédez-vous un courrier médical ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

➔ **CONCERNANT LE MOTIF actuel DE CONSULTATION aux urgences :**

- 5) Depuis quand votre enfant présente-t-il (elle) cette éruption, ces lésions cutanées ?

- 6) Avez-vous déjà consulté un médecin pour cette pathologie ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Avez-vous déjà consulté un dermatologue pour cette éruption ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Avez-vous déjà consulté aux urgences pédiatriques pour cette éruption ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Avez-vous déjà consulté dans un autre service d'urgence pour cette éruption ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Nombre de consultations au total pour ce motif ?

- 7) Un diagnostic spécifique a-t-il été évoqué ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

8) Si oui, lequel ?

9) Un traitement a-t-il été débuté ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui lequel ou lesquels :

10) Quels sont les signes associés ? (Entourez les réponses)

- ☐ Fièvre oui / non
- ☐ Prurit (se gratte) oui / non
- ☐ Insomnie (n'arrive pas à dormir) oui / non
- ☐ Inconfort de l'enfant oui / non
- ☐ Œdème (gonflement) d'une partie du corps oui/ non
- ☐ Vomissements et/ ou diarrhées oui / non
- ☐ Fatigue intense oui / non
- ☐ Difficultés d'alimentation oui / non
- ☐ Difficultés respiratoires oui / non

11) Y a-t-il des symptômes similaires dans l'entourage de votre enfant ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

➔ RENSEIGNEMENTS GENERAUX :

12) Quel est le lien de parenté de l'adulte accompagnateur?

- ☐ Père
- ☐ Mère
- ☐ Grands- Parents
- ☐ Autres (Précisez) :

13) Quel est le suivi habituel de l'enfant ? :

- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Pédiatre
- ☐ Médecin de PMI
- ☐ Plusieurs médecins différents
- ☐ Urgences pédiatriques

14) Combien de fois par an consultez-vous aux urgences pédiatriques ?

- ☐ Parfois (1 à 5 fois par an)

- ☐ Souvent (5 à 10 fois par an)
- ☐ Très souvent (plus de 10 fois par an)
- ☐ C'est la première fois

15) L'enfant vit habituellement :

- ☐ Avec ses 2 parents
- ☐ Il s'agit d'une famille monoparentale

16) Votre enfant a-t-il (elle) des antécédents allergiques ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui : lesquels.....

17) Votre enfant a-t-il (elle) des antécédents d'eczéma ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

18) Votre enfant a-t-il (elle) des antécédents d'urticaire ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

19) Nombre d'enfants dans la fratrie ? :

20) Votre enfant vit-il (elle) en collectivité (crèche, nourrice, école...) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

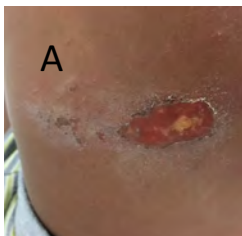
ANNEXE 3 : Photographies réalisées aux Urgences pédiatriques



Leishmaniose cutanée



Dermatite séborrhéique
infantile ou maladie de
Leiner Moussous



A: Exfoliatine
B: Lichen Nitidus



Urticaire
ecchymotique



Erythème fessier
dépigmenté

ANNEXE 4 : Score de gravité clinique des dermatites atopiques SCORAD

SCORAD EUROPEAN TASK FORCE DERMATITE ATOPIQUE		Sterioïde local utilisé : Puissance (marque) Quantité/mois (G) Nombre de poussées/ mois	
Nom	Prénom		
Date de Naissance			
Date de Visite			

Chiffres entre parenthèses pour enfants de moins de 2 ans

A : ETENDUE (Indiquer les zones atteintes)

B : INTENSITE

CRITERE	INTENSITE	METHODE DE CALCUL
Erythème		CRITÈRES D'INTENSITÉ (surface représentative moyenne) 0 = absent 1 = benin 2 = modéré 3 = sévère
Oedème/papule		
Lésions suintantes ou croûteuses		
Excoriations		
Lichenification		
Secheresse cutanée*		*La secheresse cutanée est évaluée sur des zones saines

C : SYMPTÔMES SUBJECTIFS
PRURIT + PERTE DE SOMMEIL

SCORAD $A/5 + 7B/2 + C$

Echelle analogique visuelle
(moyenne des 3 derniers jours ou nuits)

Prurit (0 à 10)

Perte de sommeil (0 à 10)

TRAITEMENT :

OBSERVATIONS :

ANNEXE 5 : Tableau des dermocorticoïdes

Classification internationale	DCI	Concentration	Nom commercial (formes galéniques)
Classe IV très forte	Clobétasol propionate	0,05 p. 100	Dermoval (C, G)
	Bétaméthasone dipropionate	0,05 p. 100 (propylène glycol)	Diprolène (C, P)
Classe III, forte	Bétaméthasone dipropionate	0,05 p. 100	Diprosone (C, P, L)
	Bétaméthasone valérate	0,1 p. 100	Betneval (C,P, L) Celestoderm (C)
	Désonide	0,1 p. 100	Locatop (C)
	Diflucortolone valérate	0,1 p. 100	Nerisone (C, P) Nerisone C (C) Nerisone gras (P)
	Difluprednate	0,05 p. 100	Epitopic (C, G)
	Fluticasone propionate	C 0,05 p. 100 P 0,005 p. 100	Flixovate (C,P)
	Hydrocortisone butyrate	0,1 p. 100	Locoid (C, E, L, P)
	Hydrocortisone acéponate	0,127 p. 100	Efficort (C)
	Fluocortolone	0,05 p. 100	Ultralan (CP)
	Difluprednate	0,02 p. 100 0,05 p. 100	Epitopic (C, G)
Classe II, modérée	Désonide	0,1 p. 100	Locapred (C)
	Désonide	0,05 p. 100	Tridesonit (C)
	Bétaméthasone valérate	0,05 p. 100	Celestoderm, relais (C)
	Fluocinolone acétonide	0,01 p. 100	Synalar (S)
Classe I, faible	Hydrocortisone	1 p. 100	Hydrocortisone Kerapharm (C) Hydracort (C)

ANNEXE 6 : Examens Complémentaires réalisés aux Urgences Pédiatriques

CLINIQUE			BIOLOGIE										PRELEVEMENT										IMAGERIE	
Age	Fièvre	Type de lésion	Leucocytes P/L'E	Hb (G/dL) Plaquettes	CRP	Uréa/créat	Ionos	TP TCA	HC	Sérologies	Bf1	Autres	ECU	Bactério	Myco	Parasito	Viro	TDR	Coproculture	Fonction hépatique	Anapath	Radiol	Echographie	
1 an	non	Purpura	14800 2,8/9,9/0,5	12 288000	2,3	3/23	N	100% 1,06				Glycémie: 0,97												
2mois	non	Angiome	8640 3,5/3,9/0,3	8,8 461000		/22	N				N											Thorax: N	Cervicale: hémangiome	
1an	oui	Erythème aspécifique			65																			
3 ans	oui	Gianotti Crosti	6800 1,4/4,8/0,1	11 195000		4,6/26	N	100% 0,99	Stérile		N	Glycémie: 0,92												
13j	oui	Varicelle					N		Stérile		N		ECBU négatif	PL négative			sur PL: CMV, HSV, VZV, EV négatives			Cyto normale				
3ans	non	Erbème polymorphe	5760 1,8/3,3/0,1	12,8 349000	<5	4/27	N	85% 1,08				Albumine: 40g/L			Cutané: nég									
2 ans	non	Skitter syndrome			29														Négative					
2ans	non	Eczema impétiginisé			<5																			
5 mois	non	purpura	13600 4,3/8,2/0,2	10,9 348000	1,2	1,9/18	N	73% 1,09		CMV: Positive/ EBV: Négatif/Rubéole: Négatif/Parvovirus B19: négatif		Glycémie: 0,88/ LDH: ?/ Ac urique: 191		Naso Pharyngé: négative										
5 ans	oui	Kawa	10680 6,0/3,3/0,4	11,7 273000	25	3,6/31	N		Stérile	EBV: ancien/ Parvovirus B19 négatif		BNP:33/ VS :?/ Fibrinogène : 4,2	ECBU négatif					Négatif			Thorax: N	ETT: normale		
1 an	non	Parvovirus B19	12200 2,4/9/0,2	12,8 262000																				
1 an,	oui	Roséole			88									Otorrhée: Haemophilus										
4ans	non	Purpura	8300 3,1/4,2/0,4	11,8 265000																				
11ans	non	Impetigo												Genou: Staph epidermidis										
4 ans	oui	Scarlatine											Négative					Positif						
9mois	non	Urticaire											Négative											
4ans	non	Urticaire																						
1 an	oui	Herpes																Cutané: HSV positif						
3ans	oui	Erysipèle												Cutané : Staph Coag nég										
3ans	oui	Angine											ECBU positif : Proteus Mirabilis					Positif						
5ans	non	Urticaire																						
2ans	oui	Scarlatine																Positif						
2ans	non	papule																			Biopsie cutanée : piqure insecte			
2ans	non	zona																Cutané: Zona positif HSV négatif						
4 ans	oui	Scarlatine																	Positif					
6ans	oui	Sacrlatine angine											Négative						Positif					
5ans	non																							
6 ans	non	Gianotti Crosti																	Négatif					
5ans	non	Leishmaniose												Cutané: Staph. Aureus	Cutané: nég	Cutané: Positif Leishmaniose		Négatif						
7 mois	non	Urticaire																				Thorax: N		
8 ans	non	Eczema																				Pied droit: N		
3ans	oui	Urticaire																				Thorax: N		

MOTIVATIONS PARENTALES ET PARCOURS DE L'ENFANT CONSULTANT POUR UN MOTIF DERMATOLOGIQUE AUX URGENCES PÉDIATRIQUES DU CHU DE TOULOUSE

Toulouse, le 20 juin 2017

Introduction : les pathologies dermatologiques sont très fréquentes en médecine ambulatoire et en constante augmentation dans les services d'Urgences. La majorité sont bénignes mais source d'inquiétude parentale. **Objectif :** Déterminer les facteurs motivant le recours aux Urgences pédiatriques pour un motif dermatologique. **Matériels et Méthode :** Etude rétrospective entre le 1^{er} avril et le 31 décembre 2016 aux Urgences pédiatriques du CHU de Toulouse évaluant le parcours et les motivations de recours de 180 enfants. **Résultats :** les urticaires et les eczémas atopiques sont les pathologies les plus fréquentes, source d'inquiétude parentale devant le caractère brutal et extensif et source d'orientation par les médecins les adressant dans 35 % des cas. **Conclusion :** Il est nécessaire de continuer à informer les parents et de poursuivre la formation des médecins à l'orientation et à la prise en charge des pathologies cutanées en pédiatrie. L'application d'un logigramme d'aide à l'orientation aurait permis d'éviter l'admission de 93% de la série étudiée.

Mots-Clés : dermatologie, pédiatrie, urgences, orientation, parcours, motivations parentales

PARENTAL MOTIVATIONS AND ROUTE OF THE CHILD CONSULTANT FOR A DERMATOLOGICAL REASON FOR THE PEDIATRIC EMERGENCIES OF THE TOULOUSE CHU

Introduction: Dermatological pathologies are very frequent in ambulatory medicine and increase constantly in emergency services. The majority are benign but source of parental concern. **Objective:** To determine the factors motivating the use of pediatric emergencies for dermatological pattern. **Materials and method:** Retrospective study settled between April, 1st and December, 31st 2016 in the Pediatric Emergency Unit of Toulouse Children University Hospital evaluating the course and the parental motivations of admissions among 180 consecutive children. **Results:** urticaria and atopic eczema are the most common diseases, as a source of parental concern: the main reason was the brutal and/or the extensive nature of the eruption. Thirty-five per cent of children were referenced by their family physicians or after being regulated by the SAMU. **Conclusion:** It is necessary to inform parents and to continue the training of doctors in the orientation and management of pediatric dermatological diseases. The prehospital application of a medical flow diagram could have avoid the admission of 93% of children included in this study.

Keywords : Dermatology, pediatrics, emergencies, orientation, parental motivations

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Directrices de thèse : Docteur Camille BREHIN- Docteur Isabelle CLAUDET

Faculté de Médecine Rangueil-133 route de Narbonne -31062 TOULOUSE CEDEX 04 - FRANCE