HAL
open science

Recours médicaux à l'expertise dermatologique urgente : consultation d'urgence et télédermatologie

Faustine Drahy

▶ To cite this version:

Faustine Drahy. Recours médicaux à l'expertise dermatologique urgente : consultation d'urgence et télédermatologie. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02279145

HAL Id: dumas-02279145
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02279145

Submitted on 5 Sep 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

USPC
Université Sorbonne Paris Cité

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2018 N° 276

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Recours médicaux à l'expertise dermatologique urgente : consultation d'urgence et télédermatologie

Présentée et soutenue publiquement

le 23 octobre 2018

Par

Faustine DRAHY

Née le 6 mars 1989 à Paris (75)

Dirigée par Mme Le Docteur Tu-Anh Duong, PH

Jury :

M. Le Professeur Olivier Chosidow, PU-PH ……. Président

Mme Le Professeur Laurence Fardet, PU-PH

M. Le Professeur Selim Aractingi, PU-PH

USPC Université Sorbonne Paris Cité

BY NC ND

[…] la médecine ce n'est pas seulement la vision moderne que l'on en a : une discipline uniquement thérapeutique ou scientifique. C'est avant tout la science du relationnel, du pronostic, de l'accompagnement, de l'écoute… Il y a dans la médecine une dimension humaine supérieure à un simple acte technique car le cœur de la médecine c'est l'humain.

Jean-Christophe Ruffin, « Un léopard sur le garrot ».

Remerciements

Je voudrais tout d'abord remercier mon président du jury, Monsieur le Professeur Olivier CHOSIDOW, pour m'avoir accueillie dans son service, pour tout ce qu'il m'a appris et pour son investissement dans la formation des plus jeunes. C'est un grand honneur de vous avoir pour présider mon jury de thèse.

Je tiens à remercier grandement ma directrice de thèse, Madame le Docteur Tu-Anh DUONG pour avoir accepté de diriger ce travail et m'avoir guidée et soutenue tout au long de son élaboration. Tu-Anh, merci pour ta disponibilité, ton aide précieuse et ta patience.

Je souhaite ensuite remercier Madame le Professeur Laurence FARDET pour ses remarques et ses conseils avisés lors de l'élaboration de notre projet d'étude et pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Je remercie également Monsieur le Professeur Selim ARACTINGI pour l'honneur qu'il me fait d'être dans mon jury de thèse.

Je n'oublie pas Madame le Docteur Gaëlle HIRSCH, Madame Patricia Thion et Monsieur Le Docteur François HEMERY. Merci pour leur aide.

Je souhaiterais enfin remercier mon père et Sylvain pour leurs encouragements, pour nos discussions et leurs conseils qui m'ont permis d'y voir plus clair.

À mes Maitres, pour ce qu'ils m'ont appris de cette belle spécialité qu'est la dermatologie :

M. le Pr Hervé BACHELEZ, M. le Dr Edouard BEGON, M. le Dr Paul BILAN, M. le Dr Laurent BLUM, M. le Pr Jean-David BOUAZIZ, Mme le Dr Emmanuelle BOURRAT, M. le Pr Olivier CHOSIDOW, Mme le Dr Florence CORDOLIANI, Mme le Dr Alexiane DALLOT, M. le Pr Khaled EZZEDINE, Mme le Pr Laurence FARDET, Mme le Dr Marie JACHIET, Mme le Pr Laurence LE CLEACH, M. le Dr Emmanuel MAHÉ, Mme le Dr Saskia ORO, M. le Dr Antoine PETIT, M. le Dr Michel RYBOJAD, Mme le Dr Maud STEFF, M. le Pr Pierre WOLKENSTEIN et Mme le Dr Ouidad ZEHOU.

À M. le Pr Thomas HANSLIK, qui ne m'a pas enseigné la dermatologie mais tant d'autres choses.

À Mme le Dr. Saskia ORO, pour avoir encadré mon travail de mémoire. J'ai beaucoup apprécié travailler avec vous.

À Mme le Dr Alexiane DALLOT pour m'avoir initié à la dermatopathologie, pour sa gentillesse et les agréables moments au « multi-têtes ».

À mes anciennes chefs : Céline, Maud, Gaëlle, Claire, Camille, Estelle, Clémence, Pauline, Adèle et Laure.

À toute l'équipe du service de dermatologie de Robert Ballanger, j'ai hâte de retravailler avec vous.

À tous mes anciens co-internes avec qui j'ai eu la chance de travailler.

À tous mes amis.

À ma belle-famille. Merci de m'avoir accueilli si chaleureusement.

À Géraldine, Ella et Audrey. Les amitiés de longues dates sont rares et précieuses ! Merci d'avoir été à mes côtés pendant toutes ces années dans les bons moments comme les mauvais.

À ma famille, Alifa, Delphine, mon adorable petit Paul…

À Aurélien et Hannah, mon frère et ma petite sœur dont je suis si fière !

À Sylvain, merci pour le bonheur et l'amour que tu m'apportes. Merci aussi pour ton soutien inconditionnel, je ne serais pas arrivée si loin sans toi !

À la mémoire d'Albertine. Je sais que tu aurais été très fière de voir ta petite-fille devenir enfin docteur.

À la mémoire de ma mère. Tu me manques énormément.

Et enfin, à Papa, merci d'avoir toujours cru en moi, de m'avoir poussé et encouragé tout au long de ses longues années d'études. Je te dédie ce travail qui en est l'aboutissement.

Table des matières

REMERCIEMENTS **3**

INTRODUCTION **7**

1. LA GESTION DES URGENCES DERMATOLOGIQUES EN FRANCE **7**
2. LA TELEDERMATOLOGIE **8**
3. LES FILIERES DE SOINS DES URGENCES DERMATOLOGIQUES A L'HOPITAL HENRI MONDOR **10**

OBJECTIFS **16**

MATERIEL, METHODES ET ANALYSE STATISTIQUE **17**

1. MATERIEL ET METHODES **17**
2. ANALYSE STATISTIQUE **20**

RESULTATS **21**

1. LES URGENCES DERMATOLOGIQUES **21**
1.1. ECHANTILLON DE PATIENTS AYANT CONSULTE AUX URGENCES DERMATOLOGIQUES 21
1.2. EVOLUTION DE L'ACTIVITE AUX URGENCES DERMATOLOGIQUES 23
1.3. PATIENTS ADRESSES AUX URGENCES DERMATOLOGIQUES 23
1.4. COMPARAISON ENTRE PATIENTS ADRESSES ET PATIENTS NON ADRESSES AUX UD 25
2. LA TELEDERMATOLOGIE **27**
3. COMPARAISON DES PATIENTS ADRESSES AUX URGENCES DERMATOLOGIQUES ET POUR TELEEXPERTISE **30**
4. COMPARAISON SELON LE PROFIL D'EXERCICE DES MEDECINS ADRESSANT **33**
4.1 COMPARAISON ENTRE PATIENTS ADRESSES AUX UD PAR UNE STRUCTURE HOSPITALIERE ET PAR DES MEDECINS LIBERAUX. 33
4.2. COMPARAISON ENTRE PATIENTS ADRESSES POUR TELEEXPERTISE PAR UNE STRUCTURE HOSPITALIERE ET PAR DES MEDECINS LIBERAUX. 34
4.3. UTILISATIONS DES DEUX FILIERES EN FONCTION DU PROFIL D'EXERCICE DES MEDECINS 36

DISCUSSION **37**

CONCLUSION **46**

BIBLIOGRAPHIE **47**

ANNEXES **51**

Table des figures

Figure 1 : Evolution de l'activité des urgences dermatologiques……12

Figure 2 : Provenance des patients adressés aux urgences dermatologiques……...23

Figure 3 : Devenir après consultation aux UD chez les patients adressés et non adressés……..25

Figure 4 : Provenance des patients adressés en téléexpertise……...28

Table des schémas

Schéma 1 : La téléexpertise dermatologique……9

Schéma 2 : Procédure de demande d'avis via TELDERM……..14

Schéma 3 : Parcours de soins centré sur les urgences dermatologiques……...18

Schéma 4 : Parcours de soins centré par la télédermatologie……...19

Schéma 5 : Diagramme de flux des dossiers de téléexpertise……..27

Table de tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques d'un échantillon de patients ayant consulté aux UD en janvier, mai, juin, juillet et novembre 2017……..22

Tableau 2 : Patients adressés et non adressés aux UD……..26

Tableau 3 : Caractéristiques des patients adressés via la TLX……29

Tableau 4 : Provenance des patients adressés aux UD et en TLX……30

Tableau 5 : Devenir des patients adressés en TLX et aux UD……..30

Tableau 6 : Patients adressés aux UD et en TLX……31

Tableau 7 : Exemples de pathologies courantes rencontrées chez les patients adressés aux UD et en TLX…… 32

Tableau 8 : Exemples de pathologies particulièrement graves et/ou liées à l'activité de centre de référence rencontrées chez les patients adressés aux UD et en TLX……..32

Tableau 9 : Patients adressés aux UD par une structure hospitalière et par des médecins libéraux……..34

Tableau 10 : Patients adressés en TLX par une structure hospitalière et par des médecins libéraux….35

Introduction

Le concept d'urgence dermatologique est mal défini. Il peut d'abord renvoyer aux maladies cutanées pouvant mettre en jeu le pronostic fonctionnel ou vital : parce qu'elles correspondent à une infection grave (fasciite nécrosante, *staphylococcal scaled skin syndrom*), parce qu'elles impactent directement la fonction physiologique de la peau (érythrodermies, toxidermies graves) ou parce qu'elles révèlent une maladie systémique (vascularite, purpura fulminans, hémopathies malignes, endocardite). Murr, et al.(1) proposaient comme définition une dermatose évoluant ou aggravée depuis moins de 5 jours. Enfin, il ne faut pas oublier les urgences « ressenties » par les patients du fait de l'inconfort qu'elles occasionnent (prurit, douleur), de leur caractère « affichant » ou parce qu'elles génèrent (à tort ou à raison) une inquiétude. Une étude conduite aux urgences générales retrouvait d'ailleurs que, pour 49% des patients consultant pour motif dermatologique, ce dernier avait un impact sur leur qualité de vie considéré comme « très à extrêmement important » (2).

Quelle que soit la définition que l'on propose, il existe, de la part des patients, une demande de prise en charge rapide de la maladie dermatologique qui doit faire, au moins en partie, l'objet d'une réponse de la part du système de santé.

1. La gestion des urgences dermatologiques en France

En France, le premier recours en cas de problème dermatologique est le médecin traitant qui est habituellement un médecin généraliste. L'accès au spécialiste (dans ce cas précis, le dermatologue) doit se faire en passant par le médecin traitant qui doit rédiger un courrier pour adresser son patient. Cela correspond au « parcours de soins coordonnés » mis en place dans le cadre de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie. En cas de non-respect de ce parcours, les taux de remboursement effectués par la Sécurité Sociale sont moins importants (30% versus 70%). En revanche, le recours aux services d'urgences (qu'elles soient générales ou dermatologiques) n'entre pas dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Ainsi, les patients peuvent aussi être amenés à consulter aux urgences générales. Les consultations aux urgences générales (UG) pour une plainte dermatologique varient entre 1,9% et 5,6% selon les études (3–6) et jusqu'à 5% à 9,2% pour deux études réalisées dans des urgences pédiatriques françaises(7,8). Aux Etats Unis, ce type de consultation est en augmentation (2,5% des consultations aux UG en 2000 vs 4,2% en 2010)(9). Dans son travail de thèse, Avogadro-Leroy S. retrouvait que la pathologie dermatologique représentait 5,7% de l'activité globale de médecins généralistes en Haute-Normandie(10). Mais les non-dermatologues sont généralement peu à l'aise dans

la gestion de la maladie dermatologique. L'enseignement en dermatologie délivré lors du tronc commun des études de médecine en France représente une minime partie de cette spécialité et cet enseignement reste la plupart du temps uniquement théorique. Devant l'ampleur et la complexité croissante des connaissances médicales, le médecin est amené à gérer toujours plus d'informations pour soigner les patients. En pratique, les pathologies enseignées peuvent avoir une présentation atypique. Ainsi, pour 70% des consultations de médecine générale, les médecins généralistes sont confrontés à une situation non caractéristique d'une maladie et à une incertitude diagnostique (11).

Ainsi, les patients peuvent être adressés à un dermatologue. En 2014, en France, le délai moyen pour obtenir une consultation était de l'ordre de 50 jours (données de « l'Observatoire jalma de l'accès aux soins ») mais ces délais étaient très variables selon les régions. L'accessibilité au dermatologue est une problématique partagée par de nombreux pays et associée à de multiples facteurs dont la diminution ou un nombre insuffisant de praticiens ainsi qu'à leur répartition territoriale inégale. Dans certains territoires, classiquement appelés « déserts médicaux », l'offre médicale est insuffisante pour répondre aux besoins de la population. A cela peut s'ajouter le peu de créneaux de rendez-vous dédiés aux urgences chez les dermatologues libéraux.
A l'hôpital, quelques services de dermatologie proposent des consultations d'urgence mais il s'agit pour la plupart de consultations ouvertes du lundi au vendredi pendant les heures ouvrables voir même sur des plages horaires plus restreintes et avec un nombre de places limité.
Le recours à l'expertise dermatologique en urgence ou semi-urgence peut s'avérer complexe pour les médecins installés en libéral mais aussi pour les hospitaliers. Un certain nombre d'hôpitaux n'ont pas accès à un dermatologue disponible sur place ou alors seulement de façon limitée.

Adossée à une garde de dermatologie 24h/24h, mise en place initialement pour assurer la continuité des soins des patients hospitalisés pour des syndromes de Stevens-Johnson/Lyell, une consultation présentielle d'urgences dermatologiques (UD) a été ouverte au sein du service de dermatologie de l'hôpital Henri Mondor en 1989. Son fonctionnement, unique en France, permet un recours aux avis spécialisés en dehors des horaires habituels de la permanence des soins en ville.

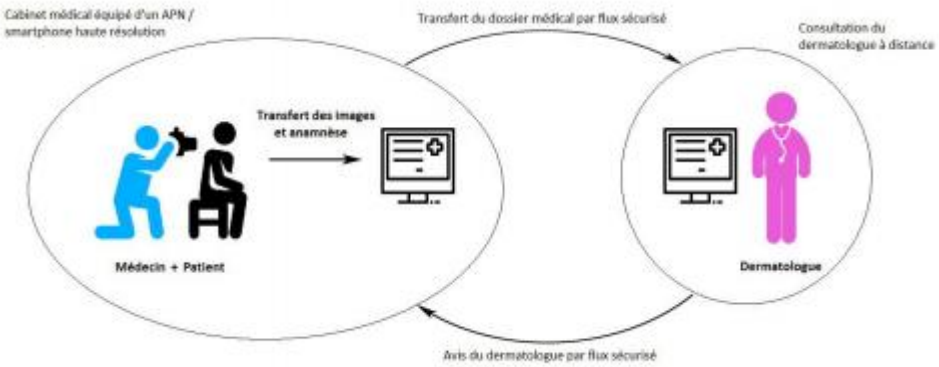
2. La télédermatologie

La télémédecine est définie par le Code de Santé Publique (Article L6316-1) comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication ». Elle permet par exemple de requérir un avis spécialisé.

La télédermatologie (TD) est son application en dermatologie. La dermatologie est la spécialité la plus déployée en télémédecine, en raison de l'importance de l'examen visuel. La TD peut mettre en

relation, à distance, de manière sécurisée et de façon asynchrone, un demandeur sollicitant un expert pour un avis dermatologique : il s'agit alors de la téléexpertise (TLX) appelée *Store and Forward teledermatology* (*SF*-TD) dans la littérature anglophone (cf. Schéma 1).

Schéma 1 : la téléexpertise dermatologique *d'après ROSTOM H.* (12).



Elle peut aussi être mise en œuvre en temps réel via la téléconsultation appelée aussi *Live and Interactive teledermatology* (*LI*-TD). Chaque mode opératoire a ses propres modalités d'organisation, ses avantages et ses inconvénients. La *SF*-TD requiert des outils moins performants et moins couteux alors que la *LI*-TD permet d'interagir directement avec le patient.

Une partie de la littérature sur le sujet porte sur la faisabilité et la fiabilité de la TD pour le diagnostic et la prise en charge des maladies dermatologies. Pour de nombreux auteurs, la concordance diagnostique entre TD et consultation conventionnelle est satisfaisante(13). D'autres articles s'intéressent à son intérêt et son utilité en termes d'organisation et d'enjeux économiques. Ainsi, la TD peut permettre une amélioration de l'accès aux soins pour les patients étant dans un contexte particulier (prisonniers, militaires) ou géographiquement isolés ou, plus fréquemment, parce que nous avons vu que l'accessibilité au dermatologue pouvait être un problème en France.

De plus, elle semble être une bonne solution pour gérer les pathologies dermatologiques dans les situations d'urgence. Elle permet de fournir un avis spécialisé, un diagnostic rapide et précis et des conseils thérapeutiques pour des patients consultant aux UG pour une pathologie dermatologique(14). Pour certains auteurs, la mise en place d'avis en temps réel par *LI*-TD au moyen d'un téléphone mobile avait un impact significatif sur la prise en charge thérapeutique de patients consultant aux UG pour un motif dermatologique(15).

Par ailleurs, elle fait gagner du temps au dermatologue par le biais d'une répartition différente du temps médical, en faisant participer le médecin requérant (16).

Une autre des fonctions de la TD -celle qui nous intéresse particulièrement pour ce travail- est la possibilité de trier et d'orienter les patients en fonction de l'urgence de la demande et de fluidifier leur prise en charge en déterminant notamment quels sont les patients nécessitant une consultation présentielle et en leur facilitant l'accès le cas échéant. De nombreux auteurs considèrent la TD comme pertinente pour diminuer les déplacements inutiles en consultation des patients, réduire les délais de rendez-vous lorsque cela est nécessaire ou encore pour programmer un acte(17). Pour les patients, la TD leur facilite alors l'accès au spécialiste et leur fait gagner du temps. La TD pourrait ainsi permettre de structurer la permanence des soins dermatologiques.

Une étude réalisée auprès de 50 patients hospitalisés nécessitant une consultation en dermatologie retrouvait une concordance correcte entre un dermatologue en consultation présentielle et deux télé-dermatologues pour décider de la nécessité d'une consultation le jour même (coefficient τ de Kendall à 0,41 (IC 95%, 0,18-0,60) et 0,48 (IC 95%, 0,31-0,65) selon le télé-dermatologue) et une concordance bonne pour décider de la nécessité d'une biopsie (coefficient κ de Cohen à 0,35 (IC 95%, 0,12-0,58) et 0,61 (IC 95%, 0,39-0,82) selon le télé-dermatologue). De plus les télé-dermatologues avaient permis de trier et de renvoyer 60 % des patients à une consultation ultérieure de façon adaptée (18).

Sur le plan économique, la plupart des auteurs considèrent la TD comme rentable lorsqu'elle est utilisée comme outil de tri en permettant de diminuer les consultations présentielles(19).

3. Les filières de soins des urgences dermatologiques à l'hôpital Henri Mondor

L'hôpital Henri Mondor (HHM) est un centre hospitalo-universitaire. Il fait partie d'un groupe hospitalier de cinq hôpitaux et plus largement de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Il se situe à Créteil (département 94, Val de Marne), en banlieue parisienne et est accessible notamment par la ligne 8 du métro parisien. Avec plus de 1300 lits d'hospitalisation couvrant la majorité des spécialités médicales et chirurgicales de court séjour (hormis les disciplines « mère-enfant »), c'est l'un des hôpitaux d'envergure de la région (20).

Le service

Le service de dermatologie comprend :

- deux centres de référence nationaux : Neurofibromatose de type 1 et maladies bulleuses auto-immunes ou toxiques (syndrome de Stevens Johnson/ Lyell)

- une unité d'hospitalisation complète (HC) de 20 lits dont deux lits dédiés aux soins intensifs dermatologiques

- une unité d'hospitalisation de jour (HDJ)

- des consultations ambulatoires programmées (i.e. pour lesquelles les patients doivent avoir pris rendez-vous) et organisées de façon thématique (psoriasis, maladie de Verneuil, dermatoses bulleuses, neurofibromatose, médecin interne, toxidermie, oncologie, vitiligo, acné, etc.)

- un service d'urgences dermatologiques correspondant à des consultations sans rendez-vous.

- la consultation post-urgence rapide (CPUR) pour les patients vus aux UD et dont la maladie dermatologique justifie une réévaluation à court terme (dans les 15 jours) Les patients sont alors inscrits par le médecin les ayant vus aux urgences ou par l'infirmière de consultation

- une filière de prise en charge des fasciites nécrosantes

- un dispositif de télédermatologie : TELDERM.

La consultation d'urgences dermatologiques

La consultation d'UD a été mise en place en 1989. Elle permet d'accéder à un dermatologue de garde 24h sur 24, 7 jours sur 7 et 365 jours par an. La consultation d'UD est située au sein du service, de façon adjacente à l'unité d'HC et comprend deux boxes de consultations. En semaine, l'accueil est assuré directement au sein du service. La nuit et les week-ends, les inscriptions se font à l'accueil des urgences générales.

Aucun tri n'est opéré : elle est accessible directement à toute personne souhaitant consulter qu'elles soient adressées ou non par un médecin et les consultations sont faites par ordre d'arrivée. La priorité peut toutefois être donnée, sur décision du médecin en charge, à certains patients comme les femmes enceintes ou les personnes âgées par exemple. Depuis novembre 2016, elle ne prend plus en charge les enfants de moins de 15 ans et 3 mois.

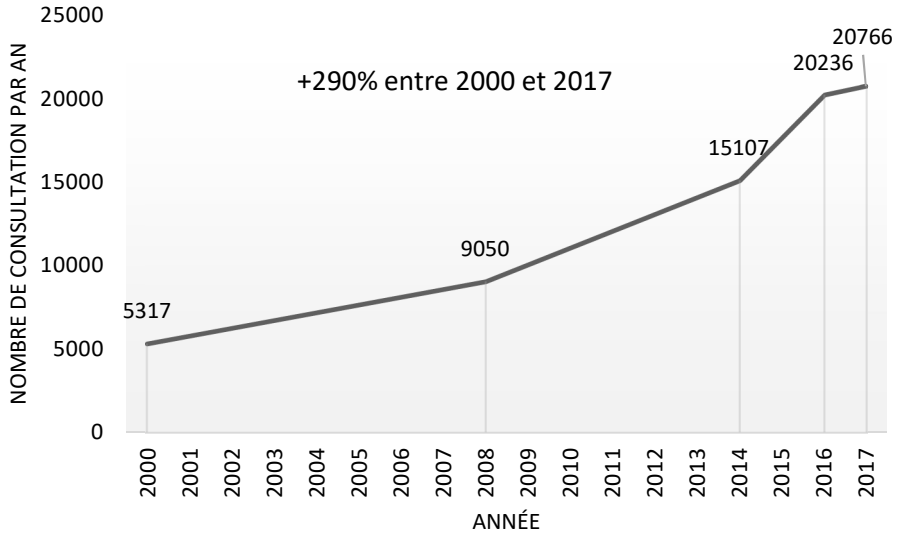
Les consultations sont assurées aux heures ouvrables par deux médecins. La nuit, les week-ends et les jours fériés sont assurés par le médecin de garde qui peut être un interne du service, un médecin chef de clinique (du service ou d'un autre service de dermatologie francilien) ou un sénior du service. Ce dernier est aussi en charge de la continuité des soins dans le service d'HC et de la télédermatologie pour les avis urgents (voir ci-après).

Chaque consultation fait l'objet d'un compte rendu dans le logiciel « dossier patient informatisé » déployé sur l'HHM (Orbis) ou, plus occasionnellement, dans la base de données informatique spécifique aux UD, (le NAS : « Network-attached storage » qui est un serveur de stockage en réseau) en cas de besoin, en remplacement d'Orbis. A l'issu de la consultation, le compte rendu est imprimé et remis

directement au patient mais il n'est généralement pas, sauf demande expresse, envoyé aux médecins correspondants (médecin adressant ou autre).

Depuis sa création, la fréquentation de cette consultation n'a fait que croître, en particulier ces dernières années (cf. Figure 1). Son activité a été décrite dans trois publications : Murr D, et al. en 2003(1), Mirkamali A, et al. en 2013 (21) et Isnard et al. en 2017(22). Mirkamali A et al. (21) notaient une augmentation de 21% du nombre de consultations vues en un mois (janvier) entre 2000 et 2010 alors que la proportion de patients adressés par un médecin (23% en 2000 et 14% des patients en 2010) diminuait de façon significative (p=0,0001). Dans la dernière étude en date, Isnard C et al. (22) retrouvaient une hausse de 67% du nombre de consultations aux UD entre 2008 et 2014 (9050 patients en 2008 et 15107 patients en 2014) de façon parallèle à une augmentation de la part de celles-ci par rapport à l'ensemble des consultations externes du service (31% en 2008 et 47% en 2014).

Figure 1: Evolution de l'activité des UD



Isnard et al. donnaient plusieurs pistes pour tenter d'expliquer cette évolution : des délais longs de consultation à l'hôpital engendrant un transfert de la consultation programmée vers la consultation d'UD, la diminution de la démographie médicale, le manque de structures alternatives de permanence des soins dermatologiques ou encore des considérations financières pour les patients.

Il était aussi noté une certaine dérive des consultations non urgentes aux UD. Ainsi, moins de 40% des patients avaient consulté dans la semaine suivant l'apparition des symptômes contre 49 % consultant dans les 5 jours suivants l'apparition des symptômes dans l'étude précédente (correspondant à la définition de l'urgence vraie dans cette étude). En 2014, à la suite du passage aux UD, 1,2% des patients

étaient pris en charge en hospitalisation complète (vs 3% des patients ayant consultés en janvier 2010), 0,4% en HDJ (vs 1,8% en 2010) et 14,5% en consultation thématique ou post-urgence rapide (vs 32,6%).

Le dispositif de télédermatologie

L'avènement des téléphones portables de type Smartphone, en simplifiant considérablement la prise et l'envoi direct de photographies au dermatologue de garde, a conduit à un développement anarchique des demandes d'avis sur photographies. La structuration du mode de recours à la TLX dermatologique est alors devenue indispensable.

Depuis septembre 2015, un dispositif permettant aux médecins extérieurs à l'HHM de solliciter un avis spécialisé dermatologique « à distance » a été déployé dans le service. Il est disponible, en cas d'urgence, la nuit et le week-end. Il est alors assuré par le dermatologue de garde présent aux UD. Contrairement aux UD, des avis peuvent être demandés pour des patients de moins de 15 ans. Il fonctionne de façon asynchrone et correspond à un service de téléexpertise dermatologique. Deux modalités de fonctionnement sont mises à disposition : une messagerie électronique AP-HP dédiée sécurisée (TELDERM Mondor APHP : telderm.mondor@aphp.fr) et via la plateforme régionale de télémédecine ORTIF (Outil régional de Télémédecine en Ile-de France). Désormais, lorsqu'un médecin appelle dans le service pour une demande d'avis, il est invité à utiliser TELDERM.

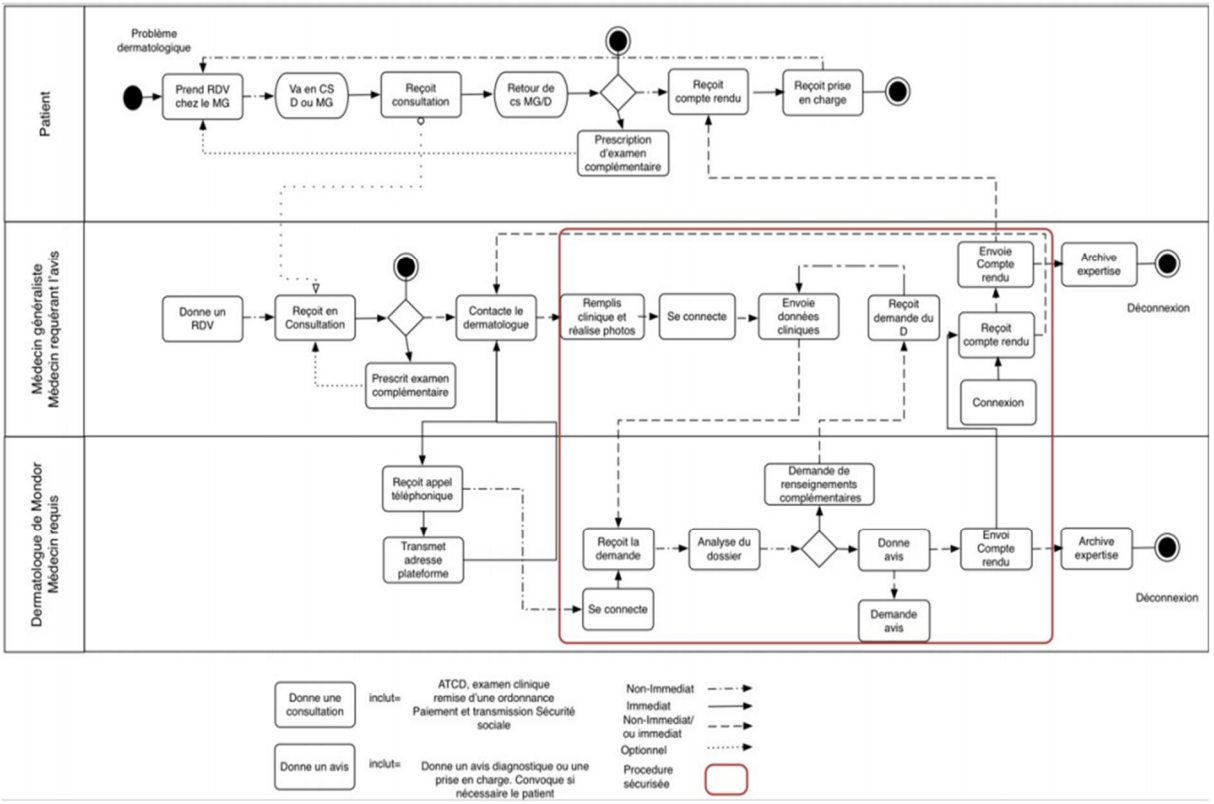
TELDERM Mondor AP-HP

Les demandes doivent obligatoirement et uniquement être faites par des médecins. Pour les demandes d'avis réalisées dans le cadre des urgences, un contact téléphonique préliminaire (« bip de garde ») est établi entre le dermatologue de garde et le demandeur. Ainsi, les avis devant être l'objet d'une réponse dans les moins de 2 heures sont notifiés téléphoniquement. Lorsque l'avis n'est pas notifié, il est traité par un sénior (un praticien hospitalier et/ou un assistant) en jour ouvrable de 8-18h. Les demandes sont néanmoins regardées par le dermatologue de garde afin de ne pas passer à côté d'une urgence. En période estivale, compte tenu de l'affluence du nombre d'avis et pour éviter les erreurs, un message rappelant la procédure est automatiquement renvoyé au demandeur.

Les médecins demandeurs doivent envoyer une ou plusieurs photographies accompagnées d'un résumé de l'histoire clinique ainsi que de leurs coordonnées téléphoniques ou celles de l'établissement dont ils proviennent (cf. Schéma 2).

Tous les avis doivent systématiquement faire l'objet d'une réponse écrite même si l'avis a été rendu par téléphone. Les patients ne sont pas automatiquement convoqués ou pris en charge à l'HHM. En cas de doute diagnostic, ils sont convoqués sur des créneaux de consultation spécifique.

Schéma 2 : Processus de demande d'avis via TELDERM *d'après ROSTOM H* (12).



Toutes les demandes d'avis et les réponses sont archivées sur support informatique. Le classement des avis est réalisé régulièrement (au moins 1 à 2 fois par semaine) par un des deux médecins en charge de la télédermatologie. Ils sont ensuite archivés par mois et année (cf. procédure en Annexe 1).

<u>TELDERM ORTIF :</u>

Cette plateforme, lors de sa mise en place en 2014, était à l'origine conçue pour que les services d'urgences d'Ile-de-France puissent accéder à une expertise neurologique, neurochirurgicale et neuroradiologique lorsqu'ils ne disposent pas de ces spécialités sur place, grâce à un service de transfert d'images entre les sites requérants et les sites requis et un service de visioconférence. Le service de dermatologie de l'HHM étant le seul à disposer d'un dermatologue de garde en permanence, il a été intégré à ORTIF et celui-ci dispose désormais d'un formulaire de téléexpertise en dermatologie.

Son utilisation nécessite un code donc tous les services demandeurs ne sont pas intégrés immédiatement. Dans la phase pilote seuls les centres hospitaliers Albert-Chenevier (psychiatrie et médecine interne/gériatrie), Antoine-Béclère (médecine interne et réanimation), Emile-Roux(gériatrie), Kremlin-Bicêtre (médecine interne et réanimation) et St Camille (urgences générales et médecine interne) ont été intégrés.

Les demandes d'avis sont réalisées en routine avec un délai de réponse en 24-48h sauf lorsque la notification reçue par mail signale « urgent ». A noter qu'il est possible d'exporter la réponse de l'expert sous forme de compte-rendu afin de le conserver dans le dossier du patient (cf. Procédure Téléexpertise ORTIF (23)).

Quel avenir pour la consultation d'urgences dermatologiques ?

La synthèse des publications rapportant l'activité des UD de l'HHM montre une augmentation importante du nombre de consultations aux UD ces dernières années avec une baisse du nombre de consultations programmées et d'hospitalisations. Notre service semble avoir atteint sa capacité maximale d'accueil. Dans un précédent travail, la mise en place d'un nouveau modèle d'organisation s'appuyant sur la formation d'infirmière de pratique avancée et le développement de la télédermatologie était proposé (24) . Malgré sa mise en place en 2015, l'activité de TLX reste marginale en comparaison au nombre de consultations aux UD et il est trop tôt pour vérifier si son développement permet réellement d'optimiser le parcours des patients dans le cadre de l'urgence dermatologique et s'il est un mode de tri efficace et satisfaisant. Durant ces premières années, il nous a toutefois semblé que les demandes d'avis étaient davantage justifiées que nombre de consultations aux UD vues dans notre pratique quotidienne. La première hypothèse pour justifier cette impression est liée au fonctionnement intrinsèque de la TLX dans la mesure où l'ensemble des patients y a été adressé par un autre médecin. Une autre piste pour réguler l'activité des UD est de recentrer le service sur sa mission d'urgence, en restreignant, aux moins sur certaines plages horaires, l'accès aux patients adressés. Dans ce contexte de recours assez large par les non-dermatologues à l'avis dermatologique, plusieurs questions restent ouvertes : les patients adressés sont-ils effectivement plus graves que ceux consultant de leur propre initiative ? Faut-il privilégier les patients selon le médecin requérant l'expertise (urgentiste ou médecin généraliste) ? Les patients vus par TLX sont-ils plus graves qu'aux UD ? Quelles sont les situations qui conduisent nos confrères à recourir à l'expertise dermatologique urgente ?

Objectifs

Dans ce contexte de demande croissante et d'offre de soins limitée, l'objectif de cette étude est donc de déterminer, dans le cadre de l'urgence dermatologique, l'utilisation faite par les médecins des deux filières de soins que sont la consultation d'urgence et la téléexpertise, pour adresser leurs patients. Le type de patients, leur provenance, les diagnostics rendus, leur prise en charge ainsi que le profil d'exercice des médecins ont été étudiés.

Pour ce faire nous avons :

- Analysé la consultation des UD : provenance des patients, diagnostics rendus et prise en charge des patients

- Analysé les avis rendus par la téléexpertise à la même période

- Comparé les caractéristiques des patients, leur diagnostic, leur prise en charge ainsi que le profil d'exercice des praticiens les ayant adressés en fonction des deux filières de recours à un avis spécialisé que sont les UD et la TLX.

Ce travail se propose de tenter de dégager des pistes de réflexion pour améliorer les filières de soins proposées par le service de dermatologie de l'Hôpital Henri Mondor.

Matériel, méthodes et analyse statistique

1. Matériel et méthodes

La télédermatologie ayant été implantée en septembre 2015 et l'accueil des enfants de moins de 15 ans et 3 mois aux UD ayant été arrêté le 1er novembre 2016, nous avons choisi de réaliser cette étude sur l'année 2017 : année pleine d'activité de TELDERM et année consécutive à la réorganisation des UD avec l'arrêt de la prise en charge pédiatrique.
L'analyse de l'activité et le recueil des données ont été réalisés sur cinq mois : Janvier, Mai, Juin, Juillet et Novembre. Ces mois ont été sélectionnés afin d'intégrer des périodes d'activité variable, de changement d'internes et les éventuelles fluctuations saisonnières des pathologies dermatologiques ou parce que les précédentes études à propos des UD avaient porté sur la même période.

Données relatives aux UD

Le département d'information hospitalier a permis de collecter le nombre de patients ayant consulté aux urgences dermatologiques en 2017 et la liste des patients ayant consulté lors des mois sélectionnés.
Un échantillon de patients correspondant à 10% des passages aux UD de chaque mois sélectionné a été tiré au sort grâce au logiciel Stata. L'ensemble des dossiers de l'échantillon a été consulté (Orbis ou NAS).

Au sein de cet échantillon les données suivantes ont été recueillies par extraction manuelle :

-âge et sexe des patients,

-provenance (patient consultant de leur propre initiative ou adressé par un médecin exerçant dans un service d'urgence général, un service d'hospitalisation, un établissement-hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou en libéral),

-devenir prévu à l'issu de la consultation aux UD : aucun suivi ou « second évènement » (consultation thématique ou CPUR dans le service, réévaluation aux UD, HC, HDJ, hospitalisation en réanimation/soins intensifs ou suivi ambulatoire en dehors du service) (cf. Schéma 3),

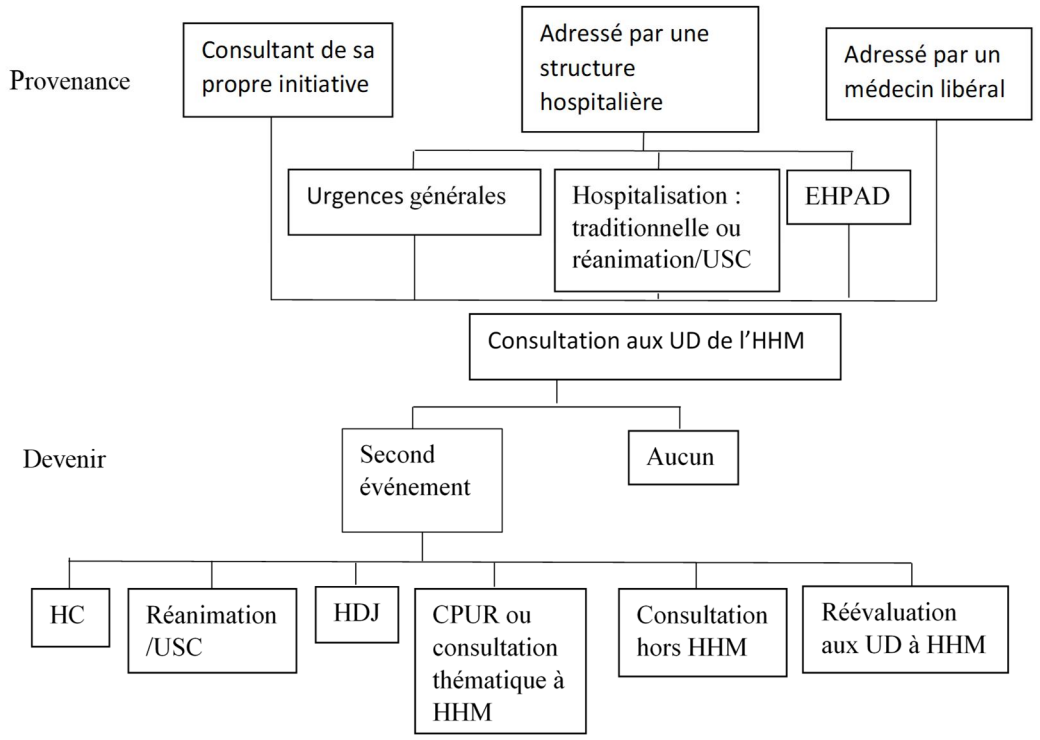
-intervalle entre le début des symptômes (ou l'aggravation en cas de dermatose chronique) et la consultation,

-diagnostic dermatologique retenu à l'issu de la consultation.

Les diagnostics ont été regroupés en : dermatoses inflammatoires (eczéma, psoriasis, lichen, etc.), toxidermies, dermatoses infectieuses (bactériennes, virales, fongiques, gale, pédiculose, etc.), tumeurs (bénignes ou malignes), dermatoses bulleuses auto-immunes (DBAI), pathologies saisonnières (lucite, piqure d'insectes, gelure, phytophotodermatoses, etc.) et autres dermatoses (brulures, dermite irritative, ulcères, etc.). Les dermatoses infectieuses ont été elles-mêmes divisées en infections profondes ou extensives (érysipèle, syndrome de Kaposi-Juliusberg, varicelle, etc.), infections superficielles (récurrence herpétique, impétigo, etc.), infections fongiques et gale.

Lorsqu'il était prévu un second événement dans le service, il a été vérifié si cet événement avait effectivement eu lieu.

Schéma 3 : Parcours de soins centré sur les urgences dermatologiques



*USC=unité de soins continus ; EHPAD=établissement-hébergement personnes âgées dépendantes ; UD=urgences dermatologiques ; HHM=hôpital Henri-Mondor ; HC= hospitalisation complète ; HDJ=hôpital de jour ; CPUR=consultation post-urgence

Certaines données de la dernière étude sur les UD de l'HHM (et qui a fait l'objet d'une publication ainsi que d'un travail de thèse) ont été réutilisés(22). Un échantillon de patients avait été sélectionné et concernait des patients ayant consulté aux mois de janvier et août 2014. Nous avons pris comme hypothèse qu'en regroupant ces données, nous approcherions d'une estimation annuelle pour les données collectées (âge, sexe, intervalle entre les premiers symptômes et la consultation et diagnostics dermatologiques) pour l'année 2014. Le fait que les patients aient été adressés ou non n'avait pas été étudié dans cette dernière étude. Afin d'étudier l'évolution de la proportion de patients adressés, les données collectées en 2010 par Mirkamali et al. (21) ont aussi été réutilisées.

Données relatives à la télédermatologie :

L'ensemble des dossiers de TELDERM Mondor APHP et de TELDERM ORTIF de chaque mois sélectionné a été examiné. Tous les dossiers se rapportant à une demande d'avis rapides ont été inclus. Ont été exclus : les mails qui ne relevaient pas d'une demande d'avis (demandes de programmation d'une consultation, d'une hospitalisation, d'une intervention chirurgicale, demande de transfert de patient inter-hospitalier ou questions/demandes de conseils d'ordre général), les demandes d'avis intra-hospitalier (HHM), les demandes écrites par les patients eux-mêmes.

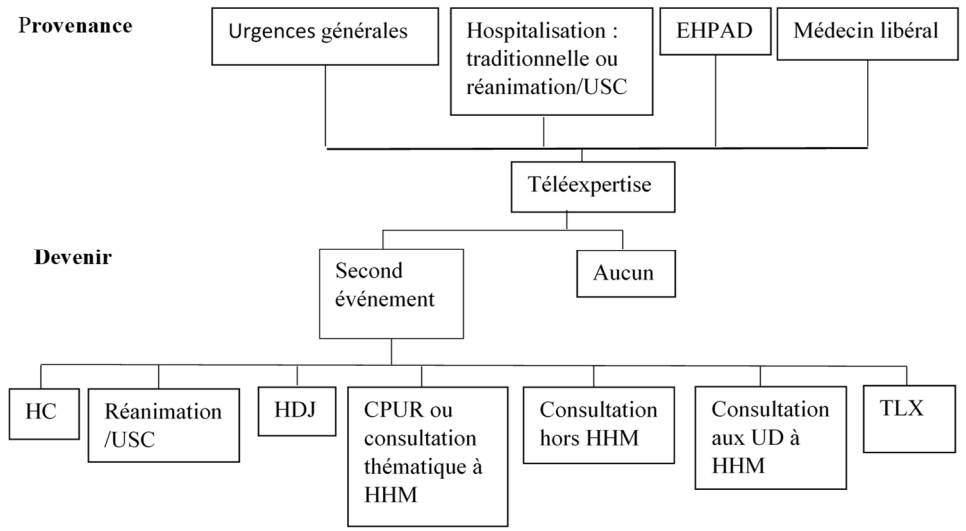
Les mêmes variables que celles recueillies pour les UD ont été relevées.
A noter que :

-pour la provenance de l'avis, il ne pouvait évidemment pas émaner du patient lui-même

-pour le second « évènement » à la suite de l'avis, les patients pouvaient en plus faire l'objet d'une réévaluation via la TLX et d'une consultation aux UD de l'HHM (cf. Schéma 4).

Concernant le devenir du patient, il s'agissait du devenir recommandé par le télédermatologue à la suite de l'avis. Le devenir effectif n'étant pas encore bien identifié ni tracé, y compris lorsqu'il s'agit d'un second événement à l'HHM, il n'a pu donc être relevé.
Concernant l'hospitalisation, elle pouvait survenir à l'extérieur de l'HHM.
Pour les patients déjà hospitalisés au moment de l'avis, le devenir était considéré comme une HC si la pathologie dermatologique en question était à l'origine du maintien de cette HC.

Schéma 4 : Parcours de soins centré par la télédermatologie



*USC=unité de soins continus ; EHPAD=établissement-hébergement personnes âgées dépendantes ; UD=urgences dermatologiques ; HHM=hôpital Henri-Mondor ; HC= hospitalisation complète ; HDJ=hôpital de jour ; CPUR=consultation post-urgence ; TLX= téléexpertise

2. Analyse statistique

Les résultats ont été exprimés en nombre absolu et proportion pour les variables catégorielles tandis que les variables continues ont été mesurées en moyenne +/- écart type. Les analyses ont été faites sur Microsoft Excel et SPSS statistics. Les groupes ont été comparés de façon appropriée par un test de Chi-2 ou un test exact de Fisher pour les variables catégorielles et par un test de Student pour les variables continues.

Les résultats étaient considérés comme statistiquement significatifs lorsque $p \leq 0,05$.

Pour les besoins de l'étude, une variable supplémentaire appelée « diagnostic grave » a été créé. Elle correspond aux maladies dermatologiques pour lesquelles un avis spécialisé rapide (dans les cinq jours) semble justifié et regroupent : toxidermies, DBAI, infections profondes ou extensives et tumeurs.

Afin de faciliter l'analyse statistique et l'interprétation des résultats concernant la provenance des patients, les services d'urgences générales, les services d'hospitalisation et les EHPAD ont été regroupés sous la dénomination plus générale de « structure hospitalière ».

Résultats

1. Les urgences dermatologiques

1.1. Echantillon de patients ayant consulté aux urgences dermatologiques

Après tirage au sort de 10% des patients, les données de 899 patients ont été collectées.

Les caractéristiques démographiques des patients, leur devenir à la suite de la consultation aux UD, les diagnostics et les délais de consultation après le début des symptômes sont détaillés dans le Tableau 1.

La plupart des patients (N=668) ont consulté de leur propre initiative, 144 (17,7%) patients étaient adressés. Pour 87 patients, la provenance n'était pas mentionnée dans le dossier.

Pour la majorité des patients (N=535 ; 62,5%), aucun suivi n'a été programmé ou recommandé à l'issu de la consultation. Trois cent vingt et un (37,5%) patients ont eu besoin d'un suivi après la consultation aux UD. Quinze (1,8%) patients ont été hospitalisés (dans le service de dermatologie, sauf pour un patient qui a été hospitalisé en chirurgie plastique). Il n'y a eu aucun passage en réanimation à l'issu du passage aux UD.

Les principaux diagnostics à l'origine d'une consultation aux UD étaient des dermatoses inflammatoires (N=321 ; 37,2%) et infectieuses (N= 260 ; 30,1%). Il y avait peu de consultations pour toxidermies ou DBAI (respectivement N=13 soit 1,5% et N= 8 soit 0,9%).

Un patient sur quatre (N=189) a consulté aux UD alors que son problème dermatologique évoluait depuis plus d'un mois.

Tableau 1 : Caractéristiques d'un échantillon de patients ayant consulté aux UD en janvier, mai, juin, juillet et novembre 2017

	Patients ayant consulté aux UD *n=899*
Age moyen +/- écart type	44+/-19
Sexe masculin	424 (47,2)
Adressé *Non connu=87*	144 (18)
2nd événement à la suite des UD dont	321 (37,5)
- HC*	15 (1,8)
- Réanimation/USC*	0
- HDJ*	10 (1,2)
- CPUR*+ consultation thématique	90 (10,5)
- Réévaluation aux urgences	21 (2,5)
- Suivi ambulatoire hors Mondor	185 (21,6)
Non connu=43	
Diagnostic dermatologique	
Inflammatoire	321 (37,2)
Toxidermies	13 (1,5)
Infections	260 (30,1)
Tumeurs	66 (7,6)
Dermatoses bulleuses auto-immunes	8 (0,9)
Pathologies saisonnières	43 (5)
Autres dermatoses	85 (9,8)
Diagnostic incertain	62 (7,2)
Diagnostics multiples	6 (0,7)
Non connu=35	
Délai avant consultation	
<1semaine	346 (46,1)
1semaine-1mois	215 (28,7)
1mois-6mois	124 (16,5)
>6mois	65 (8,7)
Non connu=149	
Diagnostic « grave »[1]	207 (24)
Non connu=35	

[1]nécessitant un avis spécialisé rapide : toxidermies, DBAI, infections profondes et tumeurs
*CPUR= consultation post-urgence ; HC=hospitalisation complète ; HDJ=hôpital de jour ; USC=unité de soins continus

Les données sont exprimées en n (%). Les pourcentages sont calculés en pourcentage du total sans les données manquantes.

1.2. Evolution de l'activité aux urgences dermatologiques

Plus de vingt mille patients (N=20766) ont consulté en 2017 alors qu'ils n'étaient que 15107 en 2014 soit une hausse de 37%.

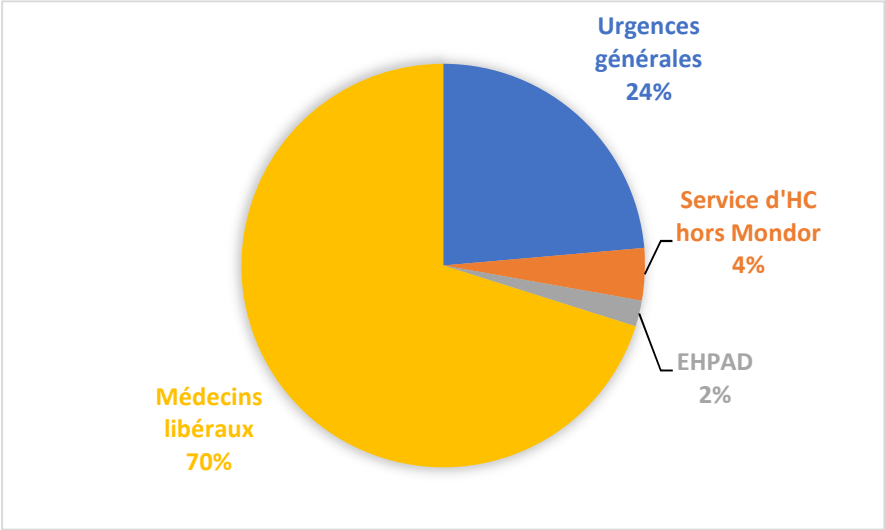
Afin d'étudier l'évolution des types de pathologies rencontrées et de la durée d'évolution de la dermatose avant consultation, les données de l'étude de Isnard et al. ont été réutilisées(22).
Les caractéristiques démographiques de l'échantillon étaient comparables par rapport à 2014 (p=0,8).
Il y avait davantage de dermatoses inflammatoires qu'en 2014 : 321/864 (37%) versus 135/657 (21% ; p<0,01) et moins de dermatoses d'origine bactérienne et virale : 194/864 (22%) versus 220/657 (33% ; p<0,01) ainsi que de cas de gale : 29/864 (3%) versus 49/657 (8% ; p<0,01).
La proportion de patients ayant consulté dans la 1ère semaine d'évolution était stable : 244/567 (43%) patients en 2014 versus 346/750 (46%) en 2017. Il y avait significativement plus de patients consultant plus d'un mois après le début des symptômes : 110/567 (19%) en 2014 versus 189/750 (25%) en 2017 (p=0,01) mais moins de patients consultant entre une semaine à un mois après le début des symptômes.

Afin d'étudier l'évolution de la proportion de patients adressés, les données collectées en 2010 par Mirkamali et al. ont aussi été réutilisées (21).
La proportion de patients adressés semble relativement stable depuis 2010 : 144/812 (17,7%) en 2017 et 85/605 (14%) en 2010 (p=0,07).

1.3. Patients adressés aux urgences dermatologiques

Sur 114 patients adressés, 101 (70%) ont été adressés par des médecins libéraux (ML), 34 (24%) par un service d'urgences générales, 6 (4%) par des services hospitaliers et 3 (2%) par des EHPAD (Figure 2).

Figure 2 : Provenance des patients adressés aux urgences dermatologiques



*EHPAD=établissement-hébergement personnes âgées dépendantes ; HC=hospitalisation complète

Les caractéristiques démographiques des patients adressés aux UD, leur devenir à la suite de la consultation aux UD, les diagnostics et les délais de consultation après le début des symptômes sont détaillés dans le Tableau 2.

Les diagnostics les plus fréquents étaient les dermatoses inflammatoires (N=47 ; 32,6%), les dermatoses infectieuses profondes ou extensives (N=17 ; 11,8%) et les dermatoses autres (N=19 ; 13,2%).

La totalité des pathologies saisonnières chez les patients adressés correspondaient à des piqûres d'insectes. Parmi les toxidermies, il y avait deux exanthèmes maculo-papuleux et une urticaire d'origine allergique. La moitié (N=4) des infections superficielles étaient des folliculites. Parmi les dermatoses inflammatoires, 27 (57,4%) patients présentaient un eczéma, un psoriasis ou une urticaire.

A l'issu de leur passage aux UD, 69 (48,6%) patients nécessitaient un suivi. Les seconds événements étaient répartis de la façon suivante : 6 (9%) hospitalisations, 36 (52%) suivis ambulatoires dans le service et 22 (32%) suivis en ville recommandés.

Les diagnostics à l'origine d'une HC pour les patients adressés étaient : 3 infections profondes ou extensives (un syndrome de Kaposi-Juliusberg, un abcès et une dermo-hypodermite bactérienne compliquant un mal perforant plantaire), une pemphigoïde bulleuse, un psoriasis pustuleux érythrodermique et des céphalées post-ilomédine chez une patiente suivie dans le service.

Un peu plus d'un tiers des patients (N=50, 38,8%) a été adressé dans la 1ère semaine d'évolution de la pathologie dermatologique.

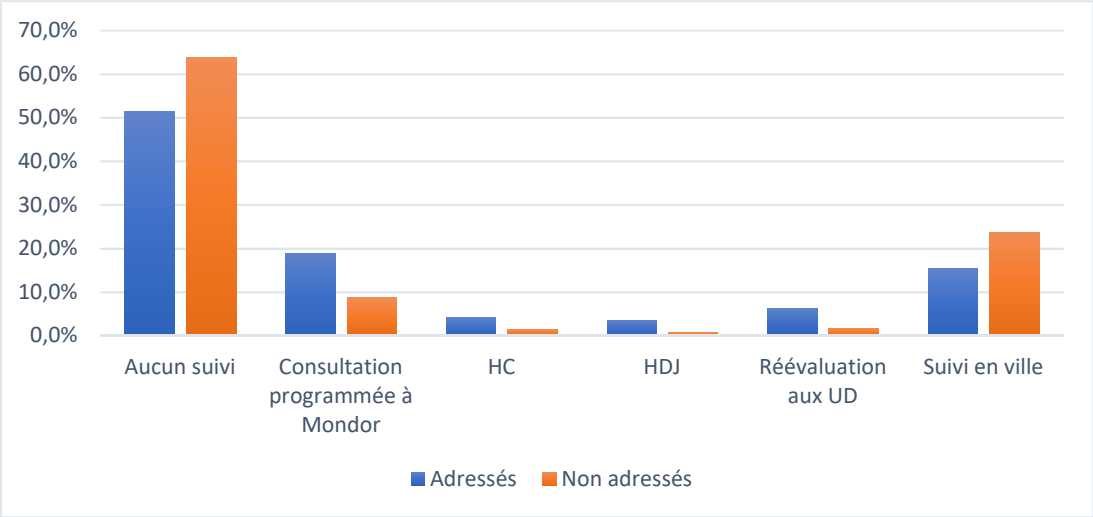
1.4. Comparaison entre patients adressés et patients non adressés aux UD

La comparaison entre patients adressés et patients non adressés concernant les caractéristiques démographiques des patients, leur devenir à la suite de la consultation aux UD, les diagnostics et les délais de consultation après le début des symptômes est reportée dans le Tableau 2.

Les patients adressés étaient significativement plus âgés que les patients non adressés.

On retrouvait plus de seconds événements chez les patients adressés et notamment d'HC (Figure 3).

Figure 3 : Devenir après consultation aux UD chez les patients adressés et non adressés



*HC=hospitalisation complète ; HDJ= hôpital de jour

Les types de pathologies rencontrées étaient significativement de répartition différente dans les deux groupes : plus de DBAI chez les patients adressés et moins de dermatoses inflammatoires.

La proportion de diagnostics considérés comme graves était similaire dans les deux groupes.

On ne retrouvait pas de différence au regard du délai avant consultation. Dans chacun des deux groupes, environ un patient sur cinq se présentait à plus d'un mois du début de son problème dermatologique.

Tableau 2 : Patients adressés et non adressés aux UD

	Patients adressés *n=144*	Patients non adressés *n=668*	*P value*
Age	50 +/- 16	43 +/- 16	**<0,01**
Sexe masculin	62 (43,1)	331 (49,6)	0,16
2nd événement dont :	69 (48,6)	240 (36,1)	**<0,01**
- HC *	6 (4,2)	9 (1,4)	**0,03**
- HDJ*	5 (3,5)	5 (0,8)	**0,02**
- suivi ambulatoire à Mondor	36 (25,4)	69 (10,4)	**<0,01**
- suivi ambulatoire hors Mondor	22 (15,5)	157 (23,6)	**0,03**
Non connu	*2*	*3*	
Diagnostic dermatologique			**0,03**
Inflammatoire	47 (32,6)	254 (38)	
Toxidermies	3 (2,1)	10 (1,5)	
Infections profondes ou extensives	17 (11,8)	94 (14,1)	
Infections superficielles	8 (5,6)	60 (9)	
Infections fongiques	4 (2,8)	30 (4,5)	
Gale	6 (4,2)	22 (3,3)	
Tumeurs	13 (9)	52 (7,8)	
Dermatoses bulleuses auto-immunes	5 (3,5)	3 (0,4)	
Pathologies saisonnières	10 (6,9)	33 (4,9)	
Autres dermatoses	19 (13,2)	57 (8,5)	
Diagnostic incertain	12 (8,3)	47 (7)	
Diagnostics multiples	0	6 (0,9)	
Diagnostic « grave »[1]	38 (26,4)	156 (23,4)	0,45
Délai avant consultation			0,34
<1semaine	52 (38,8)	271 (47,5)	
1semaine-1mois	45 (33,6)	159 (27,8)	
1mois-6mois	24 (17,9)	93 (16,3)	
>6mois	13 (9,7)	48 (8,4)	
Non connu	*10*	*97*	

[1]nécessitant un avis spécialisé rapide : toxidermies, DBAI, infections profondes et tumeurs
*HC=hospitalisation complète ; HDJ=hôpital de jour

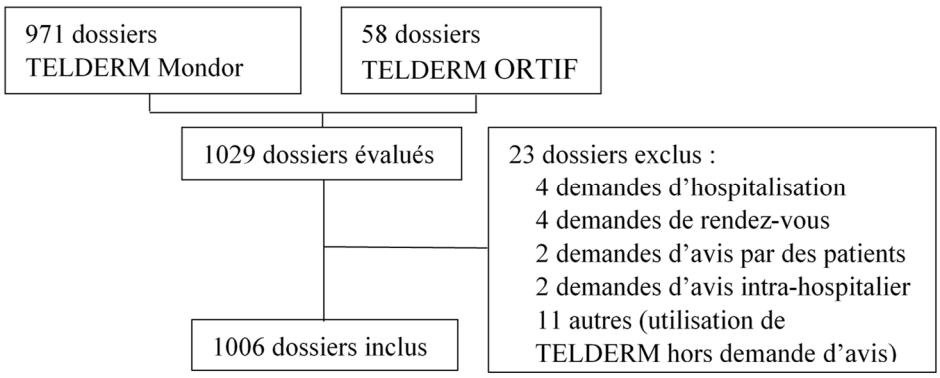
Les données sont exprimées en n (%). Les pourcentages sont calculés en pourcentage du total sans les données manquantes.
87 (9,7%) données manquantes concernant la provenance des patients.

2. La télédermatologie

Le dispositif de télédermatologie a donné 2532 avis rapides au cours de l'année 2017 (2395 par TELDERM Mondor APHP et 137 par TELDERM ORTIF) soit en moyenne, 211+/-24 par mois et 7/jour. L'activité était variable selon les mois, pouvant aller du simple au double : au minimum 151 avis au mois d'octobre et 312 au maximum au mois d'août soit, respectivement 5 et 10/jour.

Neuf cent soixante et onze dossiers de TELDERM Mondor et 58 de TELDERM ORTIF ont été examinés. 23 dossiers ont été exclus.
L'extraction des caractéristiques a concerné 1006 dossiers (Schéma 5).

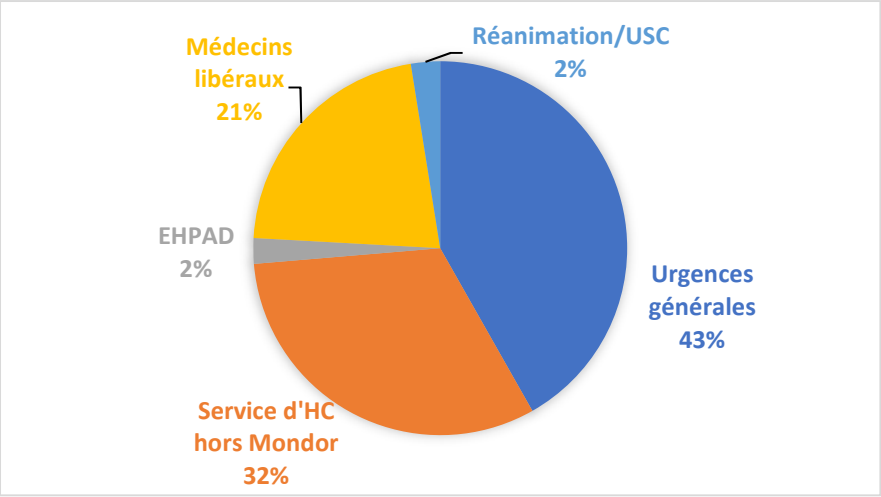
Schéma 5 : Diagramme de flux des dossiers de téléexpertise.



Les caractéristiques démographiques des patients, leur devenir conseillé à la suite de l'avis et les diagnostics sont détaillés dans le Tableau 3.

Sur les 1006 demandes de TLX, 776 (78,9%) étaient requises par une structure hospitalière dont 421 (42.8%) par un médecin urgentiste et 310 (31.5%) par un service d'hospitalisation traditionnelle (Figure 4). Ainsi, parmi les structures hospitalières, 421 (54,3 %) patients étaient adressés par un médecin urgentiste, 334 (43%), par un médecin travaillant dans un service hospitalier (hospitalisation traditionnelle et service de réanimation/USC) et 21 (2,7%) d'un médecin exerçant au sein d'un EHPAD.

Figure 4 : Provenance des patients adressés en téléexpertise



*EHPAD=établissement-hébergement personnes âgées dépendantes ; HC=hospitalisation complète ; USC= unité de soins continus

Les âges des patients adressés pour TLX étaient compris entre 0 et 99 ans avec une moyenne d'âge de 49+/-23 ans. L'âge et le sexe des patients n'étaient pas mentionné dans le dossier pour respectivement 229 et 76 des demandes d'avis.

Les diagnostics les plus fréquents étaient les dermatoses inflammatoires et les infections profondes ou extensives. Un diagnostic n'a pu être porté pour 114 (12,5%) dossiers et dans 91 cas, le diagnostic porté à l'issu de la TLX n'a pas été retrouvé dans le dossier (échange oral).

Parmi les dermatoses inflammatoires, 171/248 (68,9%) diagnostics étaient représentés par des cas d'eczéma, de psoriasis ou d'urticaire (dont 3 cas de psoriasis pustuleux, 2 cas d'érythrodermie psoriasique et un cas d'érythrodermie sur eczéma).

Un second événement était recommandé pour 472 (52,8%) patients à l'issu de la TLX : 54 (6%) ont été convoqué directement aux UD, 27 (3%) en CPUR, 14 (1,6%) en consultation thématique et 10 (1,1%) en HDJ. Soixante-huit (7,6%) patients ont été admis en hospitalisation traditionnelle et 6 (0,7%) dans un service de réanimation ou une unité de soins continus. Enfin, une réévaluation via le service de TLX était recommandée pour 25(2,8%) patients et un suivi ambulatoire hors de l'HHM pour 268 (30%) patients.

Tableau 3 : Caractéristiques des patients adressés via la TLX

	Patients adressés via la TLX *n=1006*
Age moyen +/- écart type *Non connu=229*	48,8+/-23,4
Sexe masculin *Non connu=76*	434 (46,7)
Adressé d'une structure hospitalière* *Non connu=23*	776 (78,9)
2nd événement à la suite des UD dont - HC - HDJ - suivi ambulatoire à Mondor - suivi ambulatoire hors Mondor *Non connu=112*	472(52,8) 74 (8,3) 10 (1,1) 120 (13,4) 268 (30)
Diagnostic dermatologique Inflammatoire Toxidermies Infections profondes ou extensives Infections superficielles Infections fongiques Gale Tumeurs Dermatoses bulleuses auto-immunes Pathologies saisonnières Autres dermatoses Diagnostic incertain Diagnostics multiples *Non connu=91*	 248 (27,1) 78 (8,5) 156 (17) 56 (6,1) 19 (2,1) 16 (1,7) 60 (6,6) 17 (1,9) 41 (4,5) 103 (11,3) 114 (12,5) 7 (0,8)
Diagnostic « grave »[1] *Non connu=91*	311 (34)

*service d'urgences générales, EHPAD, service d'hospitalisation

[1]nécessitant un avis spécialisé rapide : toxidermies, DBAI, infections profondes et tumeurs

Les données sont exprimées en n (%). Les pourcentages sont calculés en pourcentage du total sans les données manquantes.

3. Comparaison des patients adressés aux urgences dermatologiques et pour téléexpertise

La TLX est utilisée de façon plus importante par les structures hospitalières. Plus précisément, il y avait significativement plus de patients provenant d'un service d'urgences générales ou d'hospitalisation en TLX qu'aux UD alors qu'il y avait plus de patients adressés par des ML aux UD. Les patients provenant d'un EHPAD étaient adressés indifféremment pour TLX ou aux UD (Tableau 4).

Tableau 4 : Provenance des patients adressés aux UD et en TLX

	Patients adressés aux UD *n=114*	Patients adressés en TLX *n=1006*	*P value*
Service d'urgences générales	34 (23,6)	421 (42,8)	**<0,01**
Autre service hospitalier	6 (4,2)	334 (34)	**<0,01**
EHPAD*	3 (2,1)	21 (2,1)	0,74
Médecin de ville	101 (70,1)	207 (21,1)	**<0,01**
Non connu	*0*	23	

*établissement-hébergement personnes âgées dépendantes

Les données sont exprimées en n (%). Les pourcentages sont calculés en pourcentage du total sans les données manquantes.

Il n'y avait pas de différence significative quant à la recommandation de second événement au décours de la consultation aux UD ou par TLX. Les circuits étaient cependant différents : les patients vus aux UD étaient par la suite plus fréquemment suivis en HDJ ou en consultation à l'HHM alors que ceux vus en TLX étaient plus orientés vers des consultations en dehors de l'HHM (Tableau 5).

Tableau 5 : Devenir des patients adressés en TLX et aux UD

	Patients adressés aux UD *n=144*	Patients adressés en TLX *n=1006*	*P value*
2nd évènement	69 (48,6)	472 (52,8)	0,4
- HC *	6 (4,2)	74 (8,3)	0,13
- HDJ *	5 (3,5)	10 (1,1)	**0,04**
- suivi ambulatoire à Mondor	36 (25,4)	120 (13,4)	**<0,01**
- suivi ambulatoire hors Mondor	22 (15,5)	268 (30)	**<0,01**
Non connu	*2*	*112*	

*HC=hospitalisation complète ; HDJ=hôpital de jour

Les données sont exprimées en n (%). Les pourcentages sont calculés en pourcentage du total sans les données manquantes.

Les caractéristiques démographiques et les diagnostics dermatologiques sont détaillés dans le Tableau 6.

Tableau 6 : Patients adressés aux UD et en TLX

	Patients adressés aux UD *n=144*	Patients adressés en TLX *n=1006*	*P value*
Age *Non connu*	50 +/- 16 *0*	49+/-23 *229*	0,6
Sexe féminin *Non connu*	82 (56,9) *0*	496 (53,3) *76*	0,7
Adressés par une structure hospitalière *Non connu*	43 (29,9) *0*	776 (78,9) *22*	**<0,01**
Diagnostic dermatologique			**0,03**
Inflammatoire	47 (32,6)	248 (27,1)	
Toxidermies	3 (2,1)	78 (8,5)	
Infections profondes ou extensives	17 (11,8)	156 (17)	
Infections superficielles	8 (5,6)	56 (6,1)	
Infections fongiques	4 (2,8)	19 (2,1)	
Gale	6 (4,2)	16 (1,7)	
Tumeurs	13 (9)	60 (6,6)	
Dermatoses bulleuses auto-immunes	5 (3,5)	17 (1,9)	
Pathologies saisonnières	10 (6,9)	41 (4,5)	
Autres dermatoses	19 (13,2)	103 (11,3)	
Diagnostic incertain	12 (8,3)	114 (12,5)	
Diagnostics multiples	0	7 (0,8)	
Non connu	*0*	*91*	
Diagnostic « grave »[1] *Non connu*	38 (26,4) 0	311 (34) *91*	0,09

[1]nécessitant un avis spécialisé rapide : toxidermies, DBAI, infections profondes ou extensives et tumeurs

Les données sont exprimées en n (%). Les pourcentages sont calculés en pourcentage du total sans les données manquantes.

L'âge était comparable dans les deux groupes mais avec un écart type plus important dans le groupe des patients adressés pour TLX.

On observait chez les patients adressés pour TLX un plus grand nombre de diagnostics de toxidermies et d'infections profondes ou extensives alors qu'aux UD, un nombre plus important de dermatoses inflammatoires, de gale et de tumeurs étaient diagnostiquées. Il y avait autant de diagnostic considéré comme grave quelle que soit la filière de soins.

Les médecins requérants ont utilisé l'une ou l'autre des filières pour des pathologies considérées comme courantes et banales. Quelques exemples ont été reportés dans le Tableau 7. Les pathologies particulièrement graves et urgentes (comme le syndrome de Stevens-Johnson, le syndrome de Lyell, le

DRESS et les fasciites nécrosantes) semblent faire l'objet d'avis via la TLX davantage que via la filière des UD alors que les DBAI et les érythrodermies semblent être plus volontiers adressées aux UD (Tableau 8).

Tableau 7 : Exemples de pathologies courantes rencontrées chez les patients adressés aux UD et en TLX

	Patients adressés aux UD *n=144*	Patients adressés en TLX *n=915*
Varicelle	0	11 (1,2)
Zona mono-métamérique	1 (0,7)	12 (1,3)
Urticaire aiguë	7 (4,9)	23 (2,5)
Psoriasis en plaques ou en gouttes sans érythrodermie	3 (2,1)	27 (2,9)
Infections fongiques superficielles	4 (2,8)	19 (2,1)
Erysipèle et dermohypodermite non nécrosante	3 (2,1)	41 (4,5)
Rosacée	1 (0,7)	3 (0,3)
Dermite séborrhéique	1 (0,7)	4 (0,4)

Les données sont exprimées en n (%). Les pourcentages sont calculés en pourcentage du total sans les données manquantes.

Tableau 8 : Exemples de pathologies particulièrement graves et/ou liées à l'activité de centre de référence rencontrées chez les patients adressés aux UD et en TLX

	Patients adressés aux UD *n=144*	Patients adressés en TLX *n=915*
SJS*/Syndrome de Lyell	0	8 (0,9)
DRESS	0	5 (0,5)
Erythrodermies	1 (0,7)	4 (0,4)
Fasciites nécrosantes	0	6 (0,7)
DBAI	5 (3,5)	17 (1,9)

*SJS= syndrome de Stevens-Johnson ; DRESS=*drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms ;* DBAI= dermatoses bulleuses auto-immunes

Les données sont exprimées en n (%). Les pourcentages sont calculés en pourcentage du total sans les données manquantes.

4. Comparaison selon le profil d'exercice des médecins adressant

4.1 Comparaison entre patients adressés aux UD par une structure hospitalière et par des médecins libéraux.

Le Tableau 9 détaille la comparaison entre patients adressés aux UD par une structure hospitalière et par des ML.

La proportion de patients ayant consulté dans la 1ère semaine d'évolution de la pathologie était plus importante chez les patients adressés par une structure hospitalière. Aucun des patients adressés par une structure hospitalière (N=0/42) n'a consulté après plus de 6 mois d'évolution de la pathologie alors qu'il y en avait 13/92 (14,1%) chez les patients adressés par des ML ($p<0,01$). Plus largement, les ML adressaient plus de patients dont la dermatose évoluait depuis plus d'un mois : 32/92 (34,8%) versus 5/42 (11,9%) pour les structures hospitalières ($p<0,01$).

Le taux de seconds événements et d'hospitalisations était similaire dans les deux groupes ainsi que celui de diagnostics considérés comme graves.

La répartition des types de diagnostics retrouvés dans chacun des deux groupes était différente. Nous avons retrouvé par exemple plus de DBAI et d'infections profondes ou extensives chez les patients adressés par une structure hospitalière que chez ceux adressés par des ML. On notait plus de dermatoses inflammatoires et de tumeurs chez les patients adressés par des ML que chez ceux adressés par une structure hospitalière.

Tableau 9 : Patients adressés aux UD par une structure hospitalière et par des médecins libéraux			
	Patients adressés par structure hospitalière *n=43*	Patients adressés par médecins libéraux *n=101*	*P value*
Age	51+/-21	50+/-19	0,5
Sexe masculin	24 (55,8)	38 (37,6)	**0,04**
2nd événement dont	20 (47,6)	49 (49)	0,9
- HC*	2 (4,8)	4 (4)	1
Non connu	*1*	*1*	
Diagnostic dermatologique			**0,04**
Inflammatoire	11 (25,6)	36 (35,6)	
Toxidermies	1 (2,3)	2 (2)	
Infections profondes ou extensives	7 (16,3)	10 (9,9)	
Infections superficielles	3 (7)	5 (5)	
Infections fongiques	1 (2,3)	3 (3)	
Gale	3 (7)	3 (3)	
Tumeurs	2 (4,7)	11 (10,9)	
Dermatoses bulleuses auto-immunes	5 (11,6)	0	
Pathologies saisonnières	3 (7)	7 (6,9)	
Autres dermatoses	6 (14)	13 (12,9)	
Diagnostic incertain	1 (2,3)	11 (10,9)	
Diagnostic « grave »[1]	15 (34,9)	23 (22,8)	0,15
Délai avant consultation			**<0,01**
<1semaine	24 (57,1)	28 (30,4)	**<0,01**
1semaine-1mois	13 (31)	32 (34,8)	0,66
1mois-6mois	5 (11,9)	19 (20,7)	0,33
>6mois	0	13 (14,1)	**<0,01**
Non connu	*1*	*9*	

[1]nécessitant un avis spécialisé rapide : toxidermies, DBAI, infections profondes ou extensives et tumeurs
*HC=hospitalisation complète

Les données sont exprimées en n (%). Les pourcentages sont calculés en pourcentage du total sans les données manquantes.

4.2. Comparaison entre patients adressés pour téléexpertise par une structure hospitalière et par des médecins libéraux.

Le Tableau 10 détaille la comparaison entre patients adressés par une structure hospitalière et par des ML.

Les structures hospitalières ont adressé des patients significativement plus âgés que les ML. Le nombre de patients d'âge pédiatrique (i.e. de strictement moins de 18 ans) était plus important dans le groupe des patients adressés par les ML (N=41 ; 24,1%) que dans celui des patients adressés par des structures hospitalières (N=60 ; 10% ; p<0,01).

Les patients adressés par des structures hospitalières présentaient des pathologies plus graves et avaient significativement plus de seconds événements, et en particulier d'HC, à la suite de la TLX que ceux adressés par les ML. Un suivi ambulatoire hors Mondor était plus fréquemment recommandé pour les patients adressés par des ML.

Les types de diagnostic étaient différents dans les deux sous-groupes : on notait davantage de toxidermies et de DBAI chez les patients adressés par une structure hospitalière.

Tableau 10 : Patients adressés en TLX par une structure hospitalière et par des médecins libéraux

	Patients adressés par structure hospitalière *n=776*	Patients adressés par médecins libéraux *n=208*	*P value*
Age	52+/-27	37+/-23	**<0,01**
Non connu	*176*	*38*	
Sexe masculin	380 (53,2)	88 (44)	0,5
Non connu	*62*	*8*	
2nd événement dont	384 (55,1)	80 (43,2)	**<0,01**
- HC*	66 (9,5)	2 (1,1)	
- Réanimation/USC*	6 (0,9)	0	
- HDJ*	10 (1,4)	0	
- CPUR* + consultation thématique	40 (5,7)	1 (0,5)	
- Consultation aux UD	42 (6)	11 (5,9)	
- Réévaluation par la TLX	25 (3,6)	0	
- Suivi ambulatoire hors Mondor	195 (28)	66 (35,7)	
Non connu	*79*	*23*	
Diagnostic dermatologique			**<0,01**
Inflammatoire	192 (27)	51 (27)	
Toxidermies	73 (10,3)	3 (1,6)	
Infections profondes ou extensives	123 (17,3)	31 (16,4)	
Infections superficielles	38 (5,3)	16 (8,5)	
Infections fongiques	14 (2)	5(2,6)	
Gale	13 (1,8)	3 (1,6)	
Tumeurs	48 (6,7)	12 (6,3)	
Dermatoses bulleuses auto-immunes	17 (2,4)	0	
Pathologies saisonnières	23 (3,2)	18 (9,5)	
Autres dermatoses	79 (11,1)	22 (11,6)	
Diagnostic incertain	85 (11,9)	28 (14,8)	
Diagnostics multiples	7 (1)	*0*	
Non connu	*64*	*19*	
Diagnostic « grave »[1]	261 (36,7)	46 (24,3)	**<0,01**
Non connu	*64*	*19*	

[1]nécessitant un avis spécialisé rapide : toxidermies, DBAI, infections profondes ou extensives et tumeurs
*CPUR= consultation post-urgence ; HC=hospitalisation complète ; HDJ=hôpital de jour ; USC=unité de soins continus

Les données sont exprimées en n (%). Les pourcentages sont calculés en pourcentage du total sans les données manquantes.
22 données manquantes concernant la provenance.

4.3. Utilisations des deux filières en fonction du profil d'exercice des médecins

Les médecins exerçant dans une structure hospitalière étaient à l'origine de 43 consultations aux UD vs 776 par TLX. Ils adressaient significativement plus de DBAI et d'infections superficielle aux UD que par TLX ($p<0,01$). Le profil de ces patients étaient comparables dans chaque groupe au regard des autres types de diagnostics, de l'âge, du sexe, de la survenue d'un second événement, du taux d'hospitalisation et du caractère grave ou non du diagnostic.

Les médecins libéraux étaient à l'origine de 101 consultations sur 144 aux UD vs 208 sur 1006 par TLX. Les patients vus par TLX étaient plus jeunes que ceux adressés aux UD. Aucune différence significative n'était observée sur le profil, le diagnostic et le devenir des patients entre les patients vus aux UD vs TLX.

Discussion

L'analyse des activités des UD et de la TLX a permis de mettre en évidence les résultats suivants :

- Concernant les urgences dermatologiques :

-la plupart des patients consultaient de leur propre initiative, sans être adressés et un second événement au décours du passage aux UD était observé pour un peu plus d'un tiers des patients (n=321 ; 37,5%) ; alors que l'activité globale a augmenté, la proportion de patients adressés était stable entre 2010 et 2017 (14% vs 17,7%).

-les patients adressés aux UD l'étaient plus fréquemment par un ML que par une structure hospitalière ; les patients adressés aux UD étaient plus vieux, présentaient plus de second événement et davantage de DBAI par rapport aux patients non-adressés ; les dermatoses inflammatoires étaient le type de diagnostic le plus fréquemment retrouvé à la fois chez les patients adressés et chez les non-adressés.

- Concernant la téléexpertise :

-les patients référés pour TLX l'étaient plus souvent par des praticiens exerçant dans des structures hospitalières (n= 776 ; 79%) ;

-le premier motif d'avis concernait les dermatoses inflammatoires ; plus d'un patient sur deux nécessitait un second événement à l'issu de la téléexpertise ;

- Concernant la comparaison UD/TLX

- les patients référés pour TLX l'étaient plus souvent par une structure hospitalière que les patients adressés aux UD ; la répartition des diagnostics rencontrés était différente : il y avait plus de toxidermies et d'infections profondes chez les patients adressés pour TLX par rapport à ceux adressés aux UD ;

- les praticiens exerçant dans une structure hospitalière ont adressés aux UD plus fréquemment que les médecins libéraux, des dermatoses évoluant depuis moins d'une semaine, moins de pathologies inflammatoires et plus de DBAI et d'infections profondes et extensives ; aucune différence n'était observée quant à la proportion de 2nd événement dans ces deux groupes ;

- par rapport aux médecins libéraux, lorsque les médecins issus d'une structure hospitalière utilisaient la TLX on observait plus de 2nd événements (et en particulier plus d'hospitalisations) et une proportion plus importante de diagnostics graves ;

Aux UD, nous avons retrouvé une proportion de patients adressés correspondant à environ un patient sur six consultants. Ainsi la majorité des patients consulte de sa propre initiative, sans être adressée. La littérature à propos d'autres services d'UD retrouve une proportion de patients adressés allant de 24,9% (25) à 77% (26) (27) selon les études. Ces proportions très variables peuvent s'expliquer par des modes de fonctionnement différents. Par exemple, aux UD de Brest décrite par Legoupil et al., les patients doivent théoriquement être adressés avec un courrier pour être reçus mais les patients se présentant spontanément et avec « une véritable atteinte cutanée urgente » ne sont pas refusés, expliquant une proportion bien plus importante de patients adressés(27). A l'inverse, aux UD de Bâle où le mode d'accès est plus proche de celui des UD de l'HHM, Ruzza et al. retrouvaient un taux de patients adressés se rapprochant du notre(25).

Evolution de l'activité

L'activité du service de consultations des UD a augmenté de façon importante depuis 2014 (+37%). Cette étude a mis en évidence que l'augmentation de l'activité entre 2014 et 2017 était plutôt liée à une augmentation du nombre de patients consultant tardivement, à plus d'un mois de l'évolution de la dermatose. Il y avait en effet une proportion plus importante de dermatoses inflammatoires. Ces dernières ont généralement une évolution subaiguë à chronique. Ces résultats suggèrent une certaine dérive, avec le temps, de l'utilisation des UD pour des consultations non urgentes. A noter toutefois que la comparaison des groupes de diagnostics avec ceux de 2014 est à considérer avec précaution, les diagnostics dans notre étude n'ayant pas été regroupés de façon strictement superposable à l'étude précédente.

En 2017, sur l'ensemble des patients ayant consulté aux UD, plus d'un tiers des patients a consulté pour une dermatose inflammatoire et deux patients sur trois n'avaient besoin d'aucun suivi après leur passage aux UD. Notre service nécessite une restructuration pour se recentrer sur sa mission d'urgence. Une des possibilités évoquées au début de notre exposé était celle de trier les patients en ne recevant que les patients adressés.

La proportion de patients adressés a diminué entre 2000 et 2010 (23% en 2000 versus 14% en 2010 ; p=0,0001)(21), puis est restée stable entre 2010 et 2017 indiquant que le nombre de patients adressés a augmenté de façon parallèle à celui des patients non adressés.

De façon postérieure à l'étude (juin 2018), afin de réguler l'augmentation exponentielle de l'activité, le mode de fonctionnement des UD a été modifié : à partir de 16h45 en semaine et de 12h45 les week-ends et jours fériés, le dermatologue de garde ne reçoit plus en urgence que les patients adressés à la suite d'un contact téléphonique ou électronique.

Adressage des patients aux UD

Les patients adressés semblent, dans l'ensemble, avoir davantage leur place aux UD que les patients non adressés. En effet, il y avait de façon significative chez les patients adressés plus d'hospitalisation et plus de prise en charge ambulatoire hospitalière à l'HHM par rapport aux patients non adressés. De plus, ils présentaient une proportion plus importante de DBAI, groupe de maladies potentiellement graves, que les non-adressés.

Toutefois, le profil de certains patients adressés aux UD et la proportion de second événement semble indiquer que, à l'heure actuelle, les UD pallient l'insuffisance d'offre de soins dermatologiques.
Nous avons montré qu'environ un quart des patients consultaient tardivement, à plus d'un mois d'évolution de la maladie dermatologique et ce qu'ils soient adressés ou non. Plus de la moitié des patients adressés présentaient des pathologies bénignes (dermatoses inflammatoires, infections superficielles, infections fongiques, gale et piqûres d'insectes). Enfin, seul un patient adressé sur deux nécessitait un suivi après son passage aux UD.
La plupart des patients adressés aux UD relevaient ainsi davantage d'une prise en charge dans le cadre de consultations rapides programmées en suivant le parcours de soins coordonnés.
Mais si, d'après le rapport 2017 du Conseil national de l'Ordre des Médecins, notre hôpital se trouvait dans un département (Val-de-Marne) où la densité est considérée comme forte au regard de la moyenne nationale (qui est de 4 dermatologues pour 100000 habitants), certains de ses départements limitrophes avait une densité basse (Seine-et-Marne) à moyenne (Seine-St-Denis et Essonne)(28). Cette densité médicale est globalement en baisse dans toute l'Ile-de-France depuis plusieurs années.
Les résultats de cette étude confirment un certain intérêt de restreindre l'accès aux UD, au moins aux heures non ouvrables aux patients adressés mais instaurée de façon isolée, cette solution ne parait pas complètement satisfaisante.

Profils d'exercice et types de demandes

Les demandes par les structures hospitalières d'avis via les UD semblent davantage justifiées que celles par les ML. En effet, nous avons montré que les structures hospitalières adressaient aux UD plus fréquemment que les ML des dermatoses évoluant depuis moins d'une semaine, moins de pathologies inflammatoires et plus de DBAI et d'infections profondes et extensives -deux catégories regroupant des diagnostics potentiellement graves. On notait une tendance à une proportion plus importante de diagnostic grave chez les patients adressés par une structure hospitalière (34,9% vs 22,8%). Il est possible qu'une différence significative n'est pas pu être mise en évidence en raison d'un nombre de patients insuffisant.

Aucune différence statistiquement significative n'était observée quant au nombre de 2nd événement et en particulier d'hospitalisation entre patients adressés par des ML et patients adressés par une structure

hospitalière. Dans ce contexte, il parait donc difficile de proposer de réserver l'accès aux patients adressés par une structure hospitalière

A noter que les patients adressés aux UD, indifféremment de leur provenance, étaient plus âgés que ceux consultant de leur propre initiative. Ceci peut refléter une tendance de la population plus jeune à avoir recourt plus facilement à une consultation d'emblée aux UD plutôt que de consulter au préalable leur médecin généraliste. Ces patients consultant de leur propre initiative ont probablement moins leur place aux UD que les patients adressés. Ainsi, la page dédiée aux UD sur internet pourrait rappeler la mission première de la consultation d'UD et encourager les consultations en priorité chez le médecin traitant. Il a aussi été suggéré une mesure d'incitation d'ordre financier pour « responsabiliser » les patients, avec l'instauration d'un forfait de 30 euros non remboursés à l'entrée des services d'urgences, afin de favoriser le passage chez le médecin généraliste (29). Ce type de mesure pourrait entrainer un retard de prise en charge et « une perte de chance » en cas d'urgence « vraie » pour les patients les plus défavorisés et ne nous parait pas être une solution satisfaisante.

La place de la téléexpertise

L'autre possibilité serait le développement de la TLX, comme part d'un nouveau modèle d'organisation évoquée au début de notre exposé. Nous avons ainsi comparé l'utilisation faite des filières de consultation d'UD et de TLX.

Les profils des patients adressés en TLX et aux UD étaient statistiquement comparables au regard des caractéristiques démographiques, de la proportion de diagnostics graves et de la proportion de second évènement et en particulier d'hospitalisation. A noter que les patients ayant consulté aux UD étaient par la suite d'avantage suivis dans le service alors que les patients adressés pour TLX sont plus fréquemment réorientés vers un suivi hors de l'HHM. Ceci n'est pas étonnant puisque, d'une part, les avis demandés pour TLX peuvent être géographiquement distants de l'HHM et il y est généralement plus facile que les patients soient réévalués et suivis à proximité de leur domicile lorsque cela est envisageable, d'autre part les patients évalués en TLX sont, dans la mesure du possible, plutôt réorientés vers d'autres structures pour ne pas surcharger notre service.

Ainsi les patients adressés aux UD et en TLX semblent avoir de façon équivalente leur place dans chacune de ces deux filières. Ceci ne correspondait pas à ce que nous attendions tout en restant un résultat globalement satisfaisant. En effet, nous avons vu, d'une part que la téléexpertise offre un gain de temps au dermatologue (6minutes pour une consultation par TLX versus 10minutes pour une consultation conventionnelle) (17). D'autre part, utilisée comme outil de tri, elle est considérée comme rentable d'un point de vue économique lorsqu'elle diminue les consultations présentielles(19). Ceci n'est pas négligeable dans un contexte de demande croissante, d'offre de soins limitée et au regard de la situation économique actuelle du système de santé.

De plus, la TLX nous permet d'exercer notre activité en tant que centre de référence de façon sécurisée et réglementaire en accord avec la loi HPST de 2009 et son décret du 19 octobre 2010 qui précisent les conditions de mise en œuvre de la télémédecine.

En outre, ces résultats sont à pondérer. En effet, il semblait quand même y avoir plus de diagnostics graves en TLX qu'aux UD (34% vs 26,4%). Nous attendions une différence significative, puisque la TLX offre la possibilité de faire admettre immédiatement un patient et avec moins d'attente qu'aux UD. Il est possible qu'une différence statistiquement significative n'est pu être mise en évidence du fait d'un nombre insuffisant de patients.

Les types de diagnostics étaient différents en fonction des filières. On notait une proportion plus importante de dermatoses inflammatoires aux UD qu'en TLX. En comparaison avec les UD, les patients référés via la TLX présentaient une proportion plus importante de toxidermies et d'infections profondes ou extensives. On rappelle que les patients référés pour TLX l'étaient plus souvent par une structure hospitalière que les patients adressés aux UD qui sont davantage adressés par des ML. Ceci a pu engendrer un biais. En effet, cette différence dans la répartition des toxidermies est probablement en partie expliqué par la proportion de patients qui sont hospitalisés au moment de la demande d'avis : ils prennent généralement un nombre plus important de médicaments donc sont plus susceptibles de développer ce type de pathologies. Les toxidermies correspondant au domaine de compétence du service, les services hospitaliers peuvent être plus facilement enclin à recourir à l'avis du centre de référence, et ceci probablement davantage pour obtenir un avis concernant la gravité de la toxidermie et la conduite à tenir lorsque ce diagnostic est déjà envisagé. Cette étude n'a malheureusement pas relevé la raison pour laquelle un avis était requis. Une autre étude serait intéressante afin d'étudier qu'elles sont les situations qui conduisent les médecins des structures hospitalières à recueillir un avis auprès du centre expert devant une suspicion de toxidermie. De plus, les patients hospitalisés ayant, de fait, un état général moins bon que les patients ambulatoires, il est plus facile et moins couteux d'obtenir un avis « à distance » par rapport à un déplacement aux UD.

Concernant la répartition des diagnostics d'infections profondes ou extensives. Plusieurs explications sont envisageables. Il pourrait s'agir pour ce type de pathologies, d'avis plutôt d'ordre thérapeutique ou d'une demande d'évaluation de la gravité de la pathologie par des médecins géographiquement isolés (qui par exemple hésitent quant à la possibilité d'un traitement ambulatoire). Ces données n'ont malheureusement pas été relevées dans notre étude. Enfin, il est possible que la TLX ait, par rapport à une consultation en présentielle, surestimé ce type de diagnostic pour ne pas méconnaitre et sous-traiter un diagnostic potentiellement grave.

En se penchant de façon plus détaillée sur des diagnostics particulièrement graves (syndrome de Stevens-Johnson/syndrome de Lyell, fasciites nécrosantes), il semble qu'ils soient rencontrés plus fréquemment en TLX qu'aux UD. A noter qu'un test statistique n'a pas été réalisé en raison des très faibles effectifs pour ces types de diagnostics.

En TLX, le diagnostic le plus fréquemment retrouvé était les dermatoses inflammatoires (un peu plus d'un patient sur quatre). Nous attendions une proportion moins importante de diagnostic de ce type d'autant que dans plus de deux tiers des cas, le diagnostic posé était un eczéma, un psoriasis ou une urticaire. Ainsi, à côté de pathologies susceptibles d'engager le pronostic vital, nous avons observé des pathologies très courantes (et qui font l'objet d'un enseignement lors du tronc commun des études de médecine) aux UD certes, mais aussi en TLX. Il est ainsi possible que l'on voit apparaitre une certaine dérive dans l'utilisation de la TLX pour des avis non urgents : de la même façon qu'aux UD, les médecins peuvent y avoir recours du fait de l'offre de soins limitée en ville. L'offre pourrait créée la demande, certains médecins utilisant la téléexpertise pour confirmer un diagnostic qu'ils ont déjà posé et pour se rassurer (à titre d'exemple, le nombre de zona mono-métamérique rencontré en TLX).
Un taux important de données manquantes pour l'âge et le sexe a été observé au sein des dossiers de TLX (respectivement 22,8% et 7,8%). Ces informations ne sont pas obligatoires quelle que soit la modalité de télédermatologie utilisée.

Les ML ont adressé en TLX des patients avec des pathologies moins graves et avec moins de seconds événements et notamment moins d'hospitalisations que ceux adressés par une structure hospitalière. Les patients adressés par des ML pour TLX étaient davantage orientés vers un suivi par un dermatologue de ville alors que ceux adressés par une structure hospitalière faisaient plus l'objet d'un suivi à l'HHM (CPUR, consultation thématique, HDJ et réévaluation par le service de TLX). Ces résultats soulignent la difficulté des médecins à créer un réseau pour leurs patients nécessitant un avis dermatologique dans un délai acceptable. Ainsi, dans son travail de thèse, Rodowska K. a montré que les médecins généralistes les plus intéressés par la TD et les plus prêts à l'intégrer dans leur pratique étaient aussi ceux qui avaient le plus de difficultés à trouver un correspondant en secteur 1(30).
Depuis le 1er janvier 2018, les médecins traitants peuvent coter une nouvelle majoration de 5 € (le « MUT » : « majoration urgence traitant ») s'ils obtiennent pour leur patient un rendez-vous en urgence chez un spécialiste ou un avis spécialisé (par téléexpertise par exemple) qui sera effectué dans un délai de moins de 48 heures(31). Cette mesure a été développée pour favoriser une prise en charge accélérée pour les cas urgents sans avoir à recourir systématiquement à une structure d'urgences.
A noter aussi que les ML avaient adressé pour TLX des patients en moyenne plus jeunes que les structures hospitalières. Ceci était dû à une proportion plus importante de patients d'âge pédiatrique dans le groupe des patients adressés par un ML. Ceci pourrait être expliqué par le fait que davantage de structures hospitalières pédiatriques disposent de leur propre filière de recours à un avis dermatologique rapide par rapport aux médecins libéraux.

Concernant l'utilisation des filières selon le profil d'exercice des médecins, les structures hospitalières, dont une proportion importante de médecins urgentistes (54,3%), semblent utiliser plus volontiers la TLX. Pourtant, certaines études ont montré que, si la TD permet un gain de temps au dermatologue, elle

a tendance à allonger la durée de la consultation pour le requérant. Ainsi, une étude a évalué la durée moyenne d'une consultation avec TD à 19 minutes pour le médecin requérant au lieu de 10minutes pour une consultation conventionnelle (16). Une explication envisageable à ce mode de recours préférentiel est l'existence dans la télédermatologie d'une fonction d'apprentissage pour le requérant par une réponse directe de l'expert (alors qu'il y a rarement un retour dans le cas de l'adressage aux UD). Une étude récente retrouvait une amélioration significative des connaissances en dermatologie de médecins traitant non dermatologue à 12 mois de la mise en place d'un service de télédermatologie (d'autant plus marquée que le nombre d'avis demandé était important)(32). Dans un questionnaire remis à des médecins traitant non-dermatologue utilisant la TLX, 100% d'entre eux étaient d'accord pour dire que la mise en place de cette dernière avait un bénéfice en matière d'apprentissage. Une explication possible à cette « préférence » est que les médecins exerçant au sein d'un service hospitalier préfèrent recourir à un avis spécialisé via la TLX pour éviter un déplacement à leurs patients jusqu'au UD.

Dans son travail de thèse, Rostom H. a montré que le frein principal à l'intégration de la TD en médecine générale ambulatoire était l'allongement du temps de travail des médecins généralistes, lié aux procédures chronophages de la TD(12). De même, Rogowska K. a mis en évidence que 71% de médecins interrogés invoquaient le manque de temps comme raison de non-intégration de la TD à leur activité quotidienne. Dans ce travail, 66% des médecins généralistes prêt à intégrer la TD dans leur activité souhaitaient être rémunérés(30). Ainsi une meilleure valorisation du « MUT » pourrait être envisagée afin d'encourager les médecins généralistes à recourir à cette filière. Le développement d'outils fiables et ergonomiques permettrait de raccourcir la procédure pour les médecins requérant.

L'impact réel de la TLX sur une structure impliquée dans la permanence des soins dermatologiques n'a pu être évalué. Après une campagne d'information à tous les partenaires adressant des patients aux UD de la possibilité d'avoir recours à TELDERM pour leurs demandes d'expertise dermatologique urgente, une nouvelle étude recueillant le profil des patients dans chacune des deux filières permettrait d'évaluer les situations qui conduisent les médecins à recourir à l'une ou l'autre de ces filières.

Après trois années d'activité, le développement de la TD au sein du service semble intéressant : comme outil de formation des médecins requérant ou pour l'enseignement et la formation des internes du service, enfin comme outil de structuration des filières de soins et de l'organisation territoriale.

Limites de l'étude :

Les principales limites de notre étude sont liées au caractère rétrospectif de l'étude. Certains diagnostics posés par TLX sont peut-être erronés sans que nous ayons pu relever cette information. Il est possible que certains diagnostics aient été surestimés pour ne pas méconnaitre une pathologie grave (par exemple diagnostic d'érysipèle au lieu d'une poussée d'insuffisance veineuse). De plus, nous avons

inclus les dossiers de TELDERM ORTIF puisque cet outil a été développé notamment dans les services d'urgences mais ils comprennent aussi des avis devant être rendu rapidement en routine ce qui a pu conduire à une sous-estimation des urgences. Cet effet doit cependant être minime. En effet, les dossiers issus d'ORTIF représentent 58/1006 dossiers soit 5,7% de l'ensemble des dossiers inclus de TLX dont une partie d'avis urgents. Nous n'avons pas pu non plus relever le devenir effectif en TLX et le nombre de seconds événements a ainsi pu être sur ou sous-estimé. Les types de diagnostics pour les patients adressés des études antérieures n'ont pu être comparé à nos données car nous ne disposions pas des bases de données antérieures. La provenance géographique des médecins et en particulier des médecins libéraux (isolement) n'a pas été recueillie. La gravité du tableau dermatologique n'a pas été évaluée et notre définition de diagnostic grave reste discutable puisque nous y avons inclus les tumeurs dont certaines évoluent de façon prolongée.

Perspectives :

Notre étude nous conduit à envisager plusieurs pistes de réflexion pour améliorer les filières de soins dédiées en principe à l'urgence que sont la consultation des UD et la TLX proposées par le service de dermatologie de l'Hôpital Henri Mondor. Ce travail a montré que les médecins adressaient certains patients via l'une ou l'autre de ces filières faute d'offre de soins spécialisés alternative. Le nouveau modèle d'organisation des urgences dermatologiques doit donc s'intégrer dans le cadre plus large de l'amélioration de l'accès aux soins dermatologiques. Ainsi il parait nécessaire de développer une offre de consultation rapide mais programmée et suivant le parcours de soins coordonnés.

De façon complémentaire, afin de structurer les différentes filières de soins, il parait important de consolider le projet de télédermatologie. Le programme de téléexpertise permet de trier et d'orienter les patients vers le parcours de soins le plus adapté à la situation. Une branche de TD « de routine » en plus de la TD urgente en lien avec des maisons de santé pourrait être aussi proposée pour structurer la filière de soins autour des médecins de ville.

Récemment, un plan national de renforcement de l'accès territorial aux soins prévoit la création de 300 postes d'assistants partagés entre la ville et l'hôpital. Notre service a fait la demande d'un tel poste avec comme objectif d'organiser la réponse à la demande de consultations dermatologiques en mettant en place des plages de consultations présentielles rapides en maison médicale de santé pluridisciplinaires, en étroite collaboration entre ville et hôpital et en poursuivant le développement de notre programme de téléexpertise. Ce type de collaboration favorisera en cas de besoin un transfert pour une prise en charge spécialisée au sein de centre expert.

L'amélioration de la formation des acteurs du soin de premier recours est un enjeu majeur complémentaire de ces deux premiers points. Le déploiement de la TD devrait permettre la formation

des non-dermatologues aux urgences dermatologiques tout en contribuant à structurer le recours aux avis spécialisés. Le développement d'un questionnaire (axé un certain nombre de paramètres telles que l'EVA douleur, l'EVA prurit, la surface cutanée, la présence de bulles…) destiné à permettre aux médecins non dermatologues de trier les urgences dermatologiques et à choisir la filière la plus adaptée pourrait être utile.

A la lumière de nos résultats, le nouveau mode d'organisation des UD mis en place en juin 2018 parait judicieux. On rappelle qu'il s'agit de ne recevoir en urgence que les patients adressés à la suite d'un contact téléphonique ou électronique, à partir de 16h45 en semaine et de 12h45 les week-ends et jours fériés. Nous proposons de poursuivre la restriction de l'accès aux patients non adressés. Ainsi, les après-midis, en semaine, ne seraient reçus que les patients qui auraient été adressés à la suite d'un accord via la TLX ou par courrier. Ceci devrait être mis en place de façon progressive parallèlement au développement des structures alternatives. Il nous parait nécessaire de conserver quelques créneaux pour les patients souhaitant consulter de façon spontanée. Pour éviter les consultations abusives, un tri préalable, à l'accueil des UD pourrait être réalisé par un(e) infirmier(ère) de pratique avancée en dermatologie(24) ou un(e) infirmier(ère) d'accueil et d'orientation aidé(e) par un questionnaire destiné à trier les patients relevant d'une consultation aux UD. Un tel outil reste à développer mais pourrait être disponible à plus courte échéance qu'une infirmière de pratique avancée(24). Les implications économiques de telles mesures restent à déterminer.

Conclusion

Notre étude a permis de décrire et d'analyser l'utilisation actuelle des dispositifs de demandes d'avis dermatologiques en urgence que sont la consultation d'urgences dermatologiques et la téléexpertise de l'hôpital Henri Mondor.

Nous avons démontré que les praticiens sollicitant les avis via la téléexpertise étaient plus souvent des médecins urgentistes alors que les médecins libéraux avaient davantage recours aux urgences dermatologiques. Les infections profondes et extensives et les toxidermies étaient plus souvent l'objet d'un recours par téléexpertise alors que les pathologies inflammatoires évoluant depuis plus d'un mois étaient fréquemment rencontrées aux urgences dermatologiques. Ce recours des médecins aux urgences pour des dermatoses inflammatoires subaiguës ou chroniques est probablement lié au manque de filières en ville et interroge sur l'intérêt de mettre en place des consultations dermatologiques rapides hors du contexte d'urgence.

Un des enjeux probable de la télédermatologie est d'aider à structurer le recours aux avis spécialisés et à organiser des filières de soins ambulatoires tout en permettant si nécessaire un transfert pour une prise en charge spécialisée au sein de centre expert.

Un nouveau modèle d'organisation des urgences dermatologiques pourrait intégrer un tri préalable des patients adressés avec un courrier ou sélectionnés suite à la téléexpertise, parallèlement au développement de consultations rapides suivant un parcours de soins coordonnés. Le déploiement de la télédermatologie devrait également contribuer à la formation des non-dermatologues aux urgences dermatologiques et, de façon plus générale, à la prise en charge des maladies de la peau.

Bibliographie

1. 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.

2. Alegre-Sánchez A, de Perosanz-Lobo D, Pascual-Sánchez A, Pindado-Ortega C, Fonda-Pascual P, Moreno-Arrones ÓM, et al. Impact on Quality of Life in Dermatology Patients Attending an Emergency Department. Actas Dermosifiliogr. déc 2017;108(10):918-23.

3. Wallett A, Sidhu S. Management pathway of skin conditions presenting to an Australian tertiary hospital emergency department. Australas J Dermatol. nov 2012;53(4):307-10.

4. Bancalari-Díaz D, Gimeno-Mateos LI, Cañueto J, Andrés-Ramos I, Fernández-López E, Román-Curto C. Dermatologic emergencies in a tertiary hospital: A descriptive study. Actas Dermosifiliogr. oct 2016;107(8):666-73.

5. Chen CL, Fitzpatrick L, Kamel H. Who uses the emergency department for dermatologic care? A statewide analysis. J Am Acad Dermatol. août 2014;71(2):308-13.

6. Rubegni P, Cevenini G, Lamberti A, Bruni F, Tiezzi R, Verzuri A, et al. Dermatological conditions presenting at the Emergency Department in Siena University Hospital from 2006 to 2011. J Eur Acad Dermatol Venereol. janv 2015;29(1):164-8.

7. Lombart F, Dadban A, Arnault J-P, Chaby G, Dhaille F, Brigant F, et al. Pathologies dermatologiques rencontrées aux urgences pédiatriques. Intérêt d'une collaboration entre pédiatres et dermatologues. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie. déc 2015;142(12):S540.

8. 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. déc 2010;24(12):1468-75.

9. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2010 Emergency Department Summary Tables. :33.

10. Avogadro-Leroy S. Pathologies cutanées en médecine générale: une étude quantitative en Haute-Normandie. sous la direction de Dr Schuers Matthieu, Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Disponible sur https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00768337; 2012.

11. Charras T. Développement d'un outil d'aide à la décision diagnostique devant une grosse jambe rouge aiguë. sous la direction du Dr Tu-Anh Duong, Université Paris V-René Descartes : Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Non publiée; 2018.

12. Rostom H. Facteurs associés à l'intégration de la télédermatologie en médecine générale ambulatoire : revue de la littérature et retour d'expérience de médecins généralistes. sous la direction du Dr Tu-Anh Duong, Université Paris VI-Pierre et Marie Curie: Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Non publiée; 2017.

13. Warshaw EM, Hillman YJ, Greer NL, Hagel EM, MacDonald R, Rutks IR, et al. Teledermatology for diagnosis and management of skin conditions: a systematic review. J Am Acad Dermatol. avr 2011;64(4):759-72.

14. Muir J, Xu C, Paul S, Staib A, McNeill I, Singh P, et al. Incorporating teledermatology into emergency medicine. Emerg Med Australas. oct 2011;23(5):562-8.

15. Duong TA, Cordoliani F, Julliard C, Bourrat E, Regnier S, Pontual L de, et al. Emergency Department Diagnosis and Management of Skin Diseases With Real-Time Teledermatologic Expertise. JAMA Dermatol. 1 juill 2014;150(7):743-7.

16. Lasierra N, Alesanco A, Gilaberte Y, Magallón R, García J. Lessons learned after a three-year store and forward teledermatology experience using internet: Strengths and limitations. International Journal of Medical Informatics. 1 mai 2012;81(5):332-43.

17. Duong T-A. Télédermatologie : quel avenir ? [Internet]. Réalités thérapeutiques en Dermato-Vénérologie. 2017 [cité 22 sept 2018]. Disponible sur: https://www.realites-dermatologiques.com/2017/03/08/teledermatologie-quel-avenir/

18. Barbieri JS, Nelson CA, James WD, Margolis DJ, Littman-Quinn R, Kovarik CL, et al. The reliability of teledermatology to triage inpatient dermatology consultations. JAMA Dermatol. avr 2014;150(4):419-24.

19. Snoswell C, Finnane A, Janda M, Soyer HP, Whitty JA. Cost-effectiveness of Store-and-Forward Teledermatology: A Systematic Review. JAMA Dermatol. 01 2016;152(6):702-8.

20. Hôpitaux Universitaires Henri Mondor [Internet]. Hôpitaux Universitaires Henri Mondor. 2017 [cité 25 sept 2018]. Disponible sur: http://chu-mondor.aphp.fr/

21. Mirkamali A, Ingen-Housz-Oro S, Valeyrie-Allanore L, Bouvresse S, Duong T-A, Chosidow O, et al. Dermatological emergencies: a comparative study of activity in 2000 and 2010. J Eur Acad Dermatol Venereol. juill 2013;27(7):916-8.

22. Isnard C, Ingen-Housz-Oro S, Fardet L, Matteodo E, Duval S, Hemery F, et al. Dermatological emergencies: evolution from 2008 to 2014 and perspectives. J Eur Acad Dermatol Venereol. févr 2017;31(2):274-9.

23. Comment ça marche ? - formation.ortif.fr [Internet]. [cité 24 sept 2018]. Disponible sur: http://ortif.fr/comment-ca-marche

24. Duval S. Les urgences dermatologiques: la mutation d'une consultation. Université Paris 7-Denis Diderot, non publiée: Master 2 « Analyse et Management des Etablissements de Santé »; 2016.

25. Ruzza N, Itin PH, Beltraminelli H. Urgent consultations at the dermatology department of Basel University Hospital, Switzerland: characterisation of patients and setting - a 12-month study with 2,222 patients data and review of the literature. Dermatology (Basel). 2014;228(2):177-82.

26. Wakosa A, Roussel A, Delaplace M, Le Bidre E, Binois R, Valéry A, et al. [Interest of emergency dermatological consultation in a regional hospital]. Presse Med. déc 2013;42(12):e409-415.

27. Legoupil D, Davaine A-C, Karam A, Peu Duvallon 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.

28. Atlas national | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 28 sept 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476

29. « Oui au forfait de 30 euros à l'entrée aux urgences » [Internet]. Le Quotidien du Médecin. [cité 28 sept 2018]. Disponible sur:

https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/06/16/oui-au-forfait-de-30-euros-lentree-aux-urgences-_858906

30. Rogowska K. Télédermatologie: usage et intérêt des médecins généralistes. sous la direction du Dr Tu-Anh Duong, Université Paris V-René Descartes : Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Disponible sur https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01302413.; 2015.

31. Calmes JC. MUT : une majoration pour l'obtention de RDV en urgence [Internet]. Syndicat MGFrance. [cité 26 sept 2018]. Disponible sur: https://www.mgfrance.org/index.php/exercice/toute-la-nomenclature/1796-mut-une-majoration-pour-l-obtention-de-rdv-en-urgence

32. Mohan G, Molina G, Stavert R. Store and Forward Teledermatology Improves Dermatology Knowledge Among Referring Primary Care Providers: A Survey-Based Cohort Study. J Am Acad Dermatol. 9 mai 2018;

Liste des abréviations :

AP-HP : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

CPUR : consultation post-urgence rapide

EHPAD : établissement-hébergement pour personnes âgées dépendantes

EVA : échelle visuelle analogique

HC : hospitalisation complète

HDJ : hospitalisation de jour

HHM : Hôpital Henri Mondor

ML : médecin libéral

ORTIF : Outil Régional de Télémédecine en Ile-de-France

SJS : Syndrome de Stevens-Johnson

TD : télédermatologie ; *SF*-TD : *Store and Forward* télédermatologie ; *LI*-TD : *Live and interactive* télédermatologie

TLX : téléexpertise

UD : urgences dermatologiques

UG : urgences générales

Annexes

Annexe 1 : Procédure TELDERM Mondor

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

HENRI MONDOR

Procédures TELDERM Mondor

TELDERM Ortif

Cf procédure spécifique

Demandeurs

TELDERM Ortif est utilisé par les établissements et services disposant d'un code Ortif
Nombre estimé d'avis 5/ semaine

A ce jour sont sur Ortif :

- KB médecine interne/ réanimation
- Béclère médecine interne/ réanimation
- Emile Roux gériatrie
- Albert Chenevier Psychiatrie/ gériatrie
- St Camille SAU/ médecine Interne

Les demandes d'avis sont réalisés en routine avec un délai de réponse en 24-48h sauf lorsque la notification reçue par mail signale urgent.

Pour être averti des avis vous devez activer la fonction notification dans votre profil en vous connectant à votre compte ORTIF.

Attention en cas d'activation vous recevrez un message à chaque fois qu'un avis est envoyé ou répondu par les membres de votre communauté.

Pour les demandeurs ne disposant pas de comptes nous pouvons les inviter à « déposer cet avis », cette fonction est actuellement possible sous l'intitulé « Mode invité » mais l'organisation actuelle du service ne permet pas dans le cadre des urgences de l'utiliser en routine, en l'absence d'une App sur smartphone spécifique la plus part des urgentistes ne peuvent pas accéder à une navigation web et préfèrent poursuivre sur telderm.mondor@ahph.fr

TELDERM Mondor APHP

Objectifs de telderm

Les avis de TELDERM permettent de trier et d'orienter les patients en fonction de l'urgence de la demande d'avis, ils doivent systématiquement faire l'objet d'une réponse écrite. Tous les patients vus ne doivent obligatoirement faire l'objet d'une convocation ou d'une prise en charge à Mondor.

Demandeurs

Nombre d'avis TELDERM 5 à 10 par jour essentiellement :

- Services d'urgence **toute** Ile- de-France
- Médecins généralistes requérant avis rapide
- Charles Foix et Paul Brousse (gériatrie/SSR) ces établissements seront prochainement intégrés sur Ortif
- Kremlin Bicêtre

Requêtes

Chaque demande d'avis réalisé dans le cadre des urgences fait l'objet d'un contact préliminaire entre le **dermatologue de garde au 36053** et le demandeur qui doit exclusivement être un médecin.

Une adresse telderm.mondor@aphp.fr ou un lien lui est communiqué, on lui demande également de préciser dans sa demande l'histoire clinique et ses coordonnées téléphoniques.

Toutefois certains médecins envoient **sans urgence en dehors des heures d'avis** une demande, cette demande **sans notification** au médecin de garde **ne sera traitée que le jour ouvré suivant** par le sénior responsable.

Organisation des réponses

Les avis sont réalisés en semaine **avant 18h** par un sénior et le soir et le week-end par le dermatologue de garde qui ne **répondent** qu'aux avis qui leur **ont été notifiés**.

En période estivale, compte tenu de l'affluence du nombre d'avis, et pour éviter les erreurs un message automatique renvoyé au demandeur a été mis en place :

RAPPEL
Pour les avis demandés en **urgence** le soir et les week-ends, merci de signaler votre envoi au dermatologue de garde 01 49 81 25 11 DECT 36053, sans appel l'avis sera traité le jour ouvré suivant.
Les avis demandés **sans** urgence ou **ne faisant pas l'objet** d'un contact téléphonique seront traités avant 18h le jour même en semaine ou le jour ouvré suivant.
Pour toute demande, merci de laisser vos coordonnées téléphoniques ou celles de l'établissement dont ils proviennent.

Merci pour votre compréhension
l'équipe TELDERM

En cas d'urgence, l'interne en charge du téléphone notifie au sénior qu'une réponse urgente dans les <2 heures est attendue ex : suspicion de toxidermie grave, fasciite nécrosante…

Les avis seront regardés 2 fois par jour par le sénior.

Comment répondre

Toutes les demandes doivent faire l'objet d'une trace écrite même si l'avis a été rendu téléphoniquement.

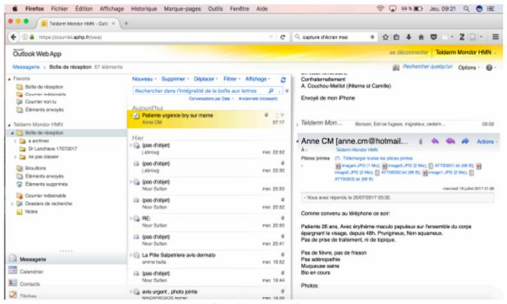
Etape 1

- Se connecter à courriel.aphp.fr du navigateur web Firefox
- Entrer login : g-hmn-telderm.mondor
- Code : pour des raisons de sécurité le code n'est pas dans cette procédure

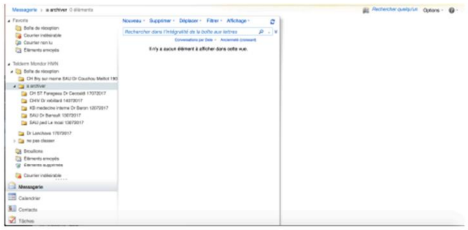
Etape 2

- Accès aux messages
- **Ceux qui ne sont pas lus sont en gras**

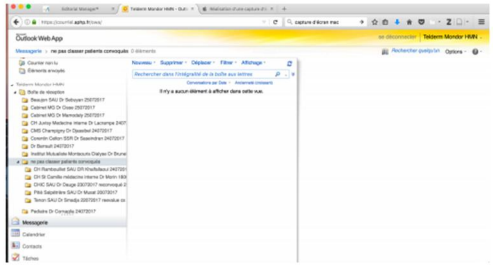
- Il existe 2 sous dossiers dans la boite de réception
  - A archiver
  - Ne pas Archiver Patient Convoqué



Boite de réception



A archiver



Ne pas Classer/archiver patients reconvoqués

Etape 3

- **Cliquer sur répondre et rentrer texte libre avec identification du répondeur (nom fonction)**
- Si photos floues ou information insuffisante ne pas hésiter à le signaler ou à demander des renseignements complémentaires
- Il n'est pas toujours évident de pouvoir donner un diagnostic
- Ne pas hésiter à renvoyer le patient vers un dermatologue de ville ou de secteur

La majorité des avis peuvent être rendus dès la première fois, cependant parfois vous souhaiterez re-convoquer le patient pour une consultation ou une biopsie.

Situation 1 : Patient devant faire l'objet d'un transfert pour **hospitalisation**
- Situation la plus facile, remplir une demande d'hospitalisation avec coordonnées du patient/motif
- Avertir les CCA du secteur d'hospitalisation Dr Hua camille.hua@aphp.fr (36549), Dr Hotz claire.hotz@aphp.fr (36312), pour obtenir délai d'hospitalisation et état des lits
- Répondre au requérant de contacter le secrétariat d'hospitalisation 01 49 81 25 21 le jour prévu d'hospitalisation

Situation 2 : Convocation pour consultation présentielle
- le patient peut être vu aux urgences dermatologies attention l'objectif n'est pas d'emboliser les UD
- **il faut au maximum programmer cette venue**
- **vous souhaitez revoir le patient vous même, convoqué le à jour et heure fixe au créneau qui vous arrange aux UD en demandant que l'on vous prévienne. Auquel cas archivez son avis dans le dossier convoqué.**

Situation 3 : Le diagnostic demande à l'évidence une biopsie
- Demandez les coordonnées du patient
- Transmettez l'avis au secrétariat patricia.thion@aphp.fr/christine.lescure@aphp.fr ou dermatologie.consultation.hmn@aphp.fr qui convoquera le patient pour une histo puis post urgence ou carrefour.
- Imprimez l'avis rendu et pré remplir feuille jaune d'histo à moins que vous ne précisiez en note sur Orbis que l'on vous appelle

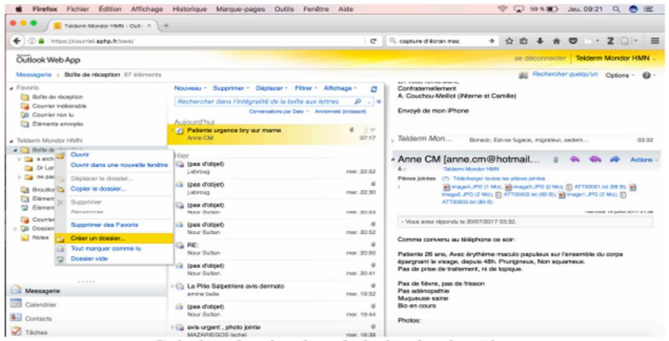
Situation 4 : Demande d'hôpital de jour
- Demandez les coordonnées du patient
- Imprimez l'avis rendu et pré remplir feuille d'HDJ avec motif de convocation
- Demandez aux infirmières de transmettre la demande HDJ au requérant

Situation 5 : Demande de consultation pansement: **situation exceptionnelle** pour patients qui seraient trop fragiles pour passer par la consultation UD
- Demandez les coordonnées du patient
- Imprimez l'avis rendu
- Demandez aux infirmières de consultation ou au secretariat de convoquer le patient aux consultations pansements, l'interne de consultation l'y verra.

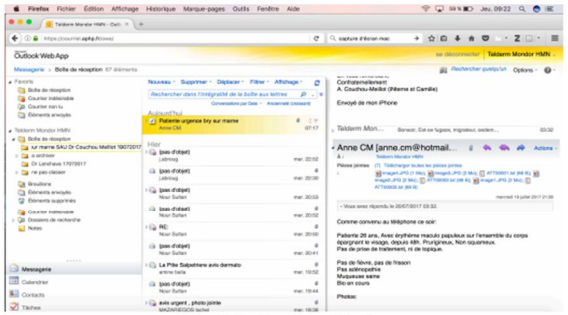
Classement/ Archivage

Les avis doivent êtres classés 1 à 2 fois par semaine, ils seront ensuite archivés par mois et année afin de libérer de l'espace de stockage.
Ils sont toujours consultables ou récupérables chez patricia.thion@aphp.fr
Il sont déplacés une fois par semaine par le secrétariat, mais doivent faire l'avis **d'un classement médical qui permet de s'assurer de l'intégrité des réponses** surtout en garde et le week-end. Cette procédure peut prendre 1 h à chaque session

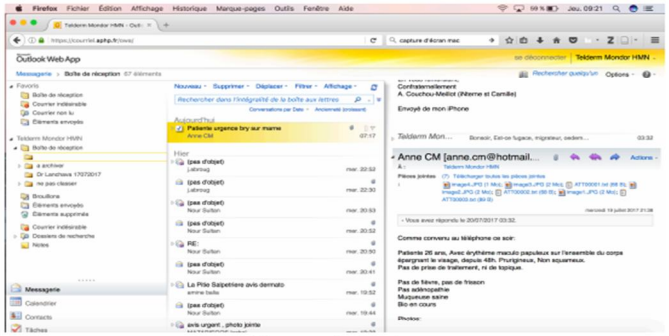
Etapes cf capture d'écran
- Avis est rendu
- **Classer la demande et la réponse dans le même dossier**
- Création d'un dossier dans la boite de réception, y indiquer
  - Etablissement demandeur ex CH X ou Y
  - Nom du médecin
  - Date de l'avis format JJMMAAAA ex 20072017
  - Préciser parfois si patient convoqué et ensuite



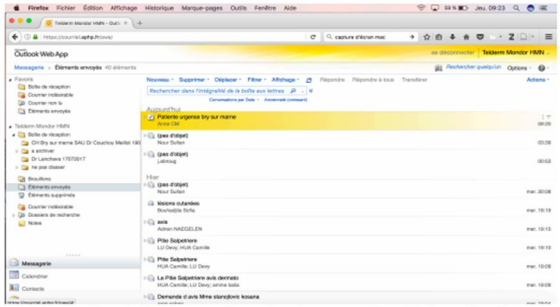
Création dossier dans la boite de réception



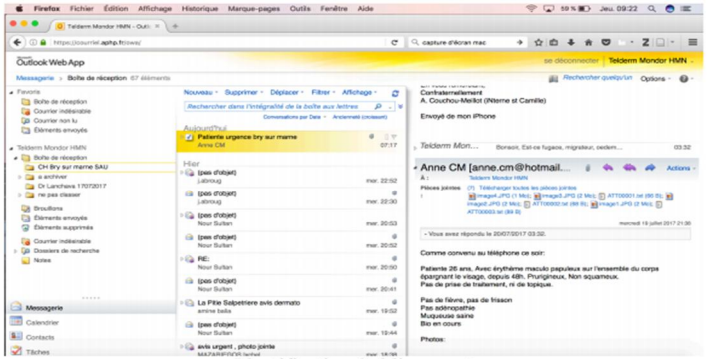
Identification du médecin



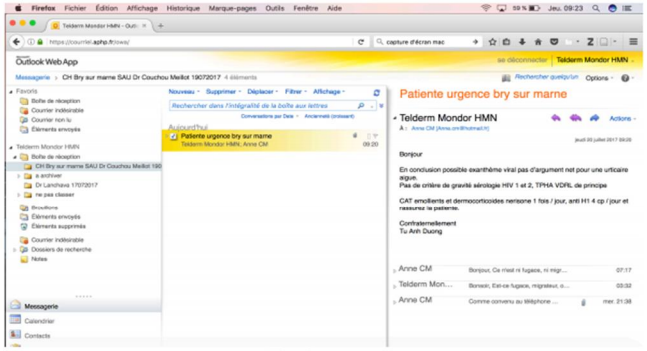
Nommer le dossier



Récupération de la réponse dans dossier envoyé et déplacer la réponse



Identification établissement



Fin classement

Recours médicaux à l'expertise dermatologique urgente : consultation d'urgence et télédermatologie

Résumé :

Introduction : Mis en place en 2015, le dispositif de télédermatologie (TD) permet, avec la consultation d'urgences dermatologiques (UD), d'accéder à un avis spécialisé 24h/24 et 7 jours/7.

Objectifs : Analyser l'utilisation par les médecins de ces deux modes de requête (UD et TD) auprès du service de dermatologie de l'hôpital Henri Mondor.

Méthodes : Pendant une période de 5 mois, toutes les demandes d'avis par TD et un échantillon de 10% des passages aux UD ont été analysés. Les variables recueilles étaient : les caractéristiques des patients et des médecins requérants, le diagnostic, la survenue d'un 2nd événement et le délai avant consultation.

Résultats : En 2017, 1006 dossiers de TD et 899 dossiers des UD ont été inclus. Les médecins sollicitant la TD étaient plus souvent des urgentistes vs des médecins libéraux (ML) aux UD. En comparaison avec les UD, on observait un plus grand nombre d'infections profondes ou extensives et de toxidermies vus par TD et plus de pathologies inflammatoires aux UD. Les patients adressés aux UD par un ML avaient plus de dermatoses de plus d'un mois d'évolution. Aucune différence significative n'était observée sur le nombre de 2nd événement aux UD et en TD.

Conclusion : Fréquemment, les médecins ont recours aux UD pour les dermatoses inflammatoires évoluant depuis plus d'un mois probablement faute de filières en ville. Le recours des médecins à la TD est plus souvent associé à la prise en charge de dermatoses graves ou menaçantes pour le pronostic vital par rapport aux UD. Le déploiement de la TD devrait permettre la formation des non-dermatologues aux urgences dermatologiques tout en contribuant à structurer le recours aux avis spécialisés.

Mots clés :
urgences dermatologiques, télédermatologie, téléexpertise, filières de soins.

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06