

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant sur la Dermatite Atopique (DA) à Lomé (Togo)

Knowledge, Attitudes and Practices of Health care givers on Atopic Dermatitis in Lome (Togo)

Teclessou JN¹, Akakpo S², Kassang P¹, Ouro-Bondou R¹, Saka B², Kombate K¹, Pitche P²

1. Service de dermatologie CHU Campus. Faculté des sciences de santé Université de Lomé, Togo
2. Service de dermatologie, CHU Sylvanus Olympio. Faculté des Sciences de Santé, Université de Lomé, Togo

Auteur correspondant : Dr KASSANG Panawé

Résumé

Objectif : le but de cette étude était d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant non dermatologues sur la dermatite atopique.

Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective descriptive, conduite de février à Juillet 2019 auprès du personnel soignant chargé de la consultation des enfants dans les structures de soins publics de la ville Lomé. Les connaissances, attitudes et pratiques face aux cas de dermatite atopique (DA) chez les enfants ont été évalués et appréciés avec un score en 4 catégories : <50% mauvais ; 50 % à <65 % (insuffisant) ; 65 % à <85 % (moyen) ; ≥85% (Bonne).

Résultats : Au total 134 personnels soignants présents dans 26 structures de santé ont participé à l'enquête. La DA était bien définie par 62,7% personnels soignants. L'érythème était le signe clinique de la DA le plus connu (94,0%) et l'atteinte des convexités du visage était citée par 58,2%. Les connaissances sur la DA étaient insuffisantes chez 41,0% des enquêtés dont principalement les médecins généralistes 29,5%. Les attitudes face à la DA étaient insuffisantes chez 75,4% des enquêtés. Face aux cas de DA, 76,2% des enquêtés prescrivaient les antihistaminiques et 70,8% les dermocorticoïdes. Seul 60,0% des enquêtés, principalement les pédiatres (79,2%) ($p=0,01$) traitaient la xérose cutanée. Les pratiques face aux cas de DA étaient insuffisantes chez 36,6%.

Conclusion : les connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant face aux cas de la DA étaient insuffisantes à moyennes. D'où l'importance de recycler ce personnel soignant intervenant dans la prise en charge de la DA chez l'enfant.

Mots clés : dermatite atopique - connaissances - attitudes-pratiques - Lomé.

Summary

Objective : The aim of this study was to evaluate the knowledge, attitudes and practices of this non-dermatologist health care givers regarding atopic dermatitis.

Method : This was a descriptive prospective study, conducted from February to July 2019 in the public health centers of the city of Lome. The health care givers in charge of the children's consultation were included.

Dermatologists were not included. The knowledge, attitudes and practices regarding cases of atopic dermatitis (AD) in children were evaluated and assessed with a score in 4 categories : <50% (very poor) ; 50% à <65% (inadequate) ; 65% à <85% (average) ; ≥85% (good).

Results : A total of 134 health caregivers in 26 health facilities participated in the survey. The AD was well defined by 62.7% of caregivers. Erythema was the clinical sign of AD known by 94.0% of the respondents; and facial convexity of the lesions cited by 58.2%. Knowledge of AD was insufficient in 41.0% of the respondents, of whom 29.5% were general practitioners. Attitudes to AD were inadequate in 75.4% of respondents. The majority of respondents prescribed antihistamines (76.2%) or corticosteroids for AD (70.8%). Only 60.0% of the respondents, mainly pediatricians (79.2%) ($p=0.01$), treated cutaneous xerosis. 36.6% of caregivers had insufficient practices.

Conclusion : the knowledge, attitudes and practices of health care givers regarding AD were inadequate to average. Hence the importance of training these caregivers involved in the management of AD in children.

Key words: atopic dermatitis - knowledge - attitudes-practices - Lome.

Introduction

La dermatite atopique (DA) constitue de nos jours un enjeu de santé publique en raison de sa prévalence élevée et du coût global important de sa prise en charge [1, 2]. La prévalence de la DA chez l'enfant varie de 4,4% à 24,6% selon les études [3-5] et son problème principal est celui d'une prise en charge thérapeutique adaptée afin d'éviter les récurrences. Le traitement des poussées est essentiellement basé sur les dermocorticoïdes en application sur les lésions jusqu'à leur contrôle [1, 6]. Il est associé aux émoullients qui sont poursuivis en dehors des poussées. La prévention des poussées de la DA chez l'enfant impose une éducation thérapeutique [1].

Les connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant sur la DA ont fait l'objet de peu d'études en Afrique. Dans une étude réalisée au Cameroun par Kouoto *et al* [7], les connaissances du personnel soignant non dermatologue sur la DA étaient moyennes (65%) et elles sont liées à son expérience.

Au Togo, les seules études portant sur la DA avaient évalué la prévalence et les facteurs associés à la maladie [8, 9] ; aucune étude n'a porté sur sa prise en charge. Compte tenu du faible nombre de dermatologues au Togo (16 pour environ 8 000.000 d'habitants en 2019) ; plusieurs affections cutanées dont la DA sont parfois prises en charge dans les structures sanitaires par des personnels soignants autres que les dermatologues. Ainsi, les médecins pédiatres, les médecins généralistes, les masters en santé (encore appelés assistants médicaux) sont parfois au premier plan de la prise en charge des enfants présentant une DA. Le but de cette étude d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques de ce personnel soignant non dermatologue face à la DA.

Méthode

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive, qui a été conduite sur une période de 6 mois : de février à Juillet 2019.

L'étude a été menée dans les structures de soins publics prenant en charge des maladies des enfants à Lomé (capitale du Togo). Ainsi, les centres médico-sociaux (CMS) et les services de pédiatrie des centres hospitaliers universitaires (CHU), et du centre hospitalier régional (CHR) ont servi de cadre d'étude.

Dans chacune des structures de santé sélectionnées, nous avons inclus le personnel soignant chargé de la consultation des enfants et ayant des notions de bases de dermatologie

acquises au cours de leur cursus de formation. Pour être inclus ce personnel devait aussi travailler depuis au moins 3 mois dans le centre. Il s'agit donc des médecins pédiatres, les médecins en études spéciales (DES) en pédiatrie, les médecins généralistes, les internes et assistants médicaux. Les assistants médicaux sont des personnels de santé ayant reçu une formation diplômante de 3 ans dans le domaine de la médecine générale et qui assurent les consultations en absence d'un médecin. Ils travaillent uniquement dans les CMS et ne sont pas autorisés à exercer dans les CHU ou CHR. Les infirmiers et sage-femmes consultant dans les CMS n'étaient pas inclus dans notre étude. L'échantillonnage était exhaustif et tout le personnel soignant répondant aux critères d'inclusion était sélectionné. La collecte des données a été faite avec une fiche d'enquête préétablie et pré testée. Les différentes variables étudiées étaient :

- Les connaissances générales et connaissances théoriques cliniques sur la DA (définition et causes de la DA, les comorbidités ou pathologies associées, aspects cliniques et sièges des lésions de DA chez l'enfant ; les aspects évolutifs).
- Les attitudes devant les cas de DA : opinion sur la prise en charge de la DA dans notre contexte, l'évolution de la DA sous traitement ; opinion sur la contribution de l'entourage à la réussite du traitement.
- Les pratiques : prescription devant les cas de DA ; informations et conseils donnés aux parents des enfants ayant une DA.

L'analyse des données a été faite avec le logiciel Epi info7. La comparaison des variables qualitatives a été faite par le test de Chi-2 et le test de Fisher. Les tests statistiques ont été considérés comme significatifs pour une valeur de p inférieure à 0,05. L'appréciation des connaissances, attitudes et pratiques a été faite en utilisant les scores des enquêtes Connaissances Attitudes Pratiques (CAP) de Essi *et al* [10]. Ainsi, chaque partie C, A, P était considérée comme mauvaise si le taux de bonnes réponses était inférieur à 50% ; Insuffisante si le taux de bonnes réponses était compris entre 50% et 65% ; Moyenne si le taux de bonnes réponses était compris entre 65% et 85% et Bonne si le taux de bonnes réponses était supérieur ou égal à 85%.

Résultats

Nous avons inclus au total 26 structures de santé dans lesquels 134 personnels soignants avaient donné leur consentement pour participer à l'enquête. Il s'agissait de 61 (45,5%) internes et médecins généralistes ; 49 (36,6%) assistants médicaux ; et 24 (17,9 %) médecins pédiatres et DES de pédiatrie.

Connaissances générales et cliniques

Quatre-vingt-quatre (62,7%) personnels soignants définissaient la DA comme une affection inflammatoire et chronique de la peau (tableau I). Cette définition de la DA était

significativement associée à la profession (p = 0,005). Respectivement 95,5% et 92,5% avaient cité la rhinite allergique et l'asthme comme manifestations allergiques associées à la DA (Tableau I). L'évolution de la DA pouvait être chronique avec des poussées aiguës selon 42,5% (57/134) des enquêtés (tableau I). L'érythème (126/134 ; 94,0%) et les squames (90/134 ; 73,1%) étaient les signes cliniques de la DA les plus cités par les enquêtés ; et 78 (58,2%) avaient cité les convexités du visage comme sièges classiques de la DA (tableau I).

**Tableau I : connaissances théoriques de la DA chez le personnel soignant
Table I: Theoretical knowledge of AD among caregivers**

	Ensemble n (%)	Pédiatre n (%)	Médecins généraliste n (%)	Assistants médicaux n (%)	p
Selon-vous, quel est la définition de la DA ?					
Affection Inflammatoire et chronique de la peau	84 (62,7)	15 (62,5)	30 (49,2)	39 (79,6)	0,005
Affection inflammatoire et aigue de la peau	16 (11,9)	3 (12,5)	11 (18,0)	4 (8,2)	
Affection inflammatoire ou chronique de la peau	14 (10,4)	2 (8,3)	9 (14,8)	3 (6,1)	
Affection inflammatoire ou aigue de la peau	10 (7,5)	1 (4,2)	8 (13,1)	1 (2,0)	
Ne sais pas	8 (6,0)	3 (12,5)	3 (4,9)	2 (4,1)	
Selon-vous, quel (s) est (sont) l'origine de la DA ?					
Allergique	124 (92,5)	22 (91,7)	58 (95,1)	44 (89,8)	0,56
Génétique	66 (49,3)	8 (33,3)	28 (45,9)	30 (61,2)	
Infectieuses	21 (15,7)	1 (4,2)	8 (13,1)	12 (24,5)	
Physiologique	17 (12,7)	8 (33,3)	6 (9,8)	3 (6,1)	
Je ne sais pas	2 (1,5)	0 (0,0)	1 (1,6)	1 (2,0)	
Selon-vous quels sont les comorbidités ou pathologies associées à la DA ?					
Rhinite allergique	128 (95,5)	24 (100)	58 (95,1)	46 (93,9)	0,42
Asthme	124 (92,5)	24 (100)	60 (98,4)	40 (81,6)	
Conjonctivite allergique	92 (68,7)	20 (83,3)	45 (73,8)	27 (55,1)	
Aucun	1 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,0)	
Selon-vous, l'évolution de la DA :					
Peut-être aigue	78 (58,2)	17 (70,8)	32 (50,5)	29 (59,2)	0,30
Peut-être chronique	76 (56,7)	14 (58,3)	27 (44,3)	35(71,4)	
Est chronique avec des poussées aiguës	57 (42,5)	9 (37,5)	30 (49,2)	18 (36,7)	
Est exclusivement aigue	26 (19,4)	4 (16,7)	9 (14,8)	13 (26,5)	
Est exclusivement chronique	18 (13,4)	4 (16,7)	8 (13,1)	6(12,2)	
Je ne sais pas	3 (2,2)	0 (0,0)	2 (3,3)	1 (2,0)	
Quels sont selon-vous les lésions élémentaires retrouvées chez un patient présentant une DA ?					
Erythème	126 (94,0)	23 (95,8)	56 (91,8)	47 (95,9)	0,27
Squames	98 (73,1)	18 (75,0)	39 (63,9)	41(83,7)	
Vésicules ou papules	85 (63,4)	19 (79,2)	22 (30,1)	44 (89,8)	
Xérose	77 (57,5)	16 (66,7)	29 (47,5)	32 (65,3)	
Suintement	34 (25,4)	9 (37,5)	14 (23,0)	11 (22,4)	
Erosions/ulcérations	31(23,1)	10 (41,7)	13 (21,3)	8 (16,3)	
Selon-vous quels sont les sièges classiques de la DA ?					
Convexités du visage (joues, front)	78 (58,2)	20 (83,3)	32 (52,5)	26 (53,1)	0,17
Plis des coudes, creux poplités, plis axillaires	76 (56,7)	21 (87,5)	30 (49,2)	25(51,0)	
Fesses	80 (59,7)	21 (87,5)	36 (59,0)	23 (46,9)	
Tronc	64 (47,8)	18 (75,0)	24 (39,3)	22 (44,9)	
Bras, avants bras	67 (50,0)	20 (83,3)	29 (47,5)	18 (36,7)	
Oreilles (plis retro auriculaire)	67 (50,0)	21 (87,5)	30 (49,2)	16 (32,7)	
Cuisses, jambes	53 (39,6)	11 (45,8)	22 (42,3)	20 (40,8)	
Paume des mains, plante des pieds	18 (13,4)	2 (8,3)	7 (11,5)	9 (18,4)	

D'une manière générale, les connaissances sur la DA étaient insuffisantes chez 41,0% (55/134) enquêtés et moyenne chez 28,4% (38/134) enquêtés. Les médecins généralistes (18/61 ; 29,5%) constituaient le groupe de personnel

médical qui avaient plus une mauvaise connaissance de la DA alors que les pédiatres (8/24 ; 33,3%) constituaient le groupe de profession ayant plus une connaissance moyenne de la DA (tableau II).

Tableau II : Connaissances, attitudes et pratiques selon les professions
Table II: Knowledge, Attitudes, and Practices by Occupation

	Mauvaise (Score <50%)			Insuffisante (≥50% - <65%)			Moyenne (≥65% - <85%)			Bonne (≥85%)		
	C* N (%)	A** N (%)	P*** N (%)	C N (%)	A N (%)	P N (%)	C N (%)	A N (%)	P N (%)	C N (%)	A N (%)	P N (%)
Assistant médical	13 (26,5)	8 (16,3)	16 (32,7)	19 (38,8)	38 (77,6)	13 (26,5)	15 (30,6)	2 (4,1)	20 (40,8)	2 (4,1)	1 (2,0)	0 (0,0)
Généraliste ou Interne	18 (29,5)	10 (16,4)	16 (26,2)	28 (45,9)	47 (77,0)	23 (37,7)	15 (24,6)	4 (6,6)	19 (31,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (4,9)
Pédiatre ou DES pédiatrie	7 (29,2)	5 (20,8)	1 (4,2)	8 (33,3)	16 (66,7)	13 (54,2)	8 (33,3)	3 (12,5)	9 (37,5)	1 (4,2)	0 (0,0)	1 (4,2)
Ensemble	38 (28,4)	23 (17,2)	33 (24,6)	55 (41,0)	101 (75,4)	49 (36,6)	38 (28,4)	9 (6,7)	48 (35,8)	3 (2,2)	1 (0,7)	4 (3,0)

* : Connaissances ** : Attitudes *** : Pratiques

Attitudes

La majorité 97,0% (130/134) des enquêtés affirmaient avoir rencontré des cas de DA au cours de l'exercice de leur fonction. Tous (130/130 ; 100%) le personnel soignant qui avait déjà rencontré des cas de DA affirmait savoir la traiter ; et 29 (22,3%) avaient déjà référé au

moins une fois des patients aux spécialistes en cas d'échec thérapeutique.

Soixante-seize (56,7%) enquêtés pensaient que l'évolution de la DA était encourageante sous traitement ; et 72 (53,7%) disaient favorable la contribution de l'entourage du patient à la réussite du traitement (Tableau III).

Tableau III : attitudes et pratiques face aux cas de DA
Table III: Attitudes and practices regarding AD cases

	Ensemble n (%)	Pédiatre n (%)	Médecins généraliste n (%)	Assistants médicaux n (%)	p
Selon-vous, l'évolution de la DA sous traitement est :					
Encourageante	76 (56,7)	19 (79,2)	36 (59,0)	21 (42,9)	0,13
Décourageante	26 (19,4)	4 (16,7)	13 (21,3)	9 (18,4)	
Je ne sais pas	32 (23,9)	1 (4,2)	12 (19,7)	19 (38,8)	
Selon-vous la contribution de l'entourage du patient dans la prise en charge de la DA est :					
Favorable pour la réussite du traitement	72 (53,7)	20 (83,3)	34 (55,7)	18 (36,7)	0,03
Décourageante pour la réussite du traitement	31 (23,1)	3 (12,5)	21 (34,4)	7 (14,3)	
Je ne sais pas	31 (23,1)	1 (4,2)	6 (9,8)	24 (49,0)	
Que pensez-vous de la prise en charge de la DA dans notre contexte					
La DA peut être bien prise en charge	107 (79,9)	23 (95,8)	45 (73,8)	39 (79,6)	0,3
La DA ne peut pas être prise en charge	13 (9,7)	0 (0,0)	7 (11,5)	6 (12,2)	
Je ne sais pas	14 (7,4)	1 (4,2)	9 (14,8)	4 (8,2)	
Nombre de cas de DA reçu au cours des 3 derniers mois					
1 à 10	78 (58,2)	18 (75,0)	39 (63,9)	21 (42,8)	
11 à 20	33 (25,4)	3 (12,5)	6 (9,8)	24 (49,0)	
Supérieur à 20	19 (7,7)	3 (12,5)	14 (23,0)	2 (4,1)	
Aucun	4 (20,8)	0 (0,0)	2 (3,3)	2 (4,1)	
Que prescrivez-vous en cas de poussée de DA (n=130)					
Antihistaminiques	99 (76,2)	17 (70,8)	51 (85,3)	31 (63,3)	0,09
Dermocorticoïdes	92 (70,8)	21 (87,5)	38 (62,3)	33 (67,3)	
Hydratant	48 (36,9)	12 (50,0)	28 (45,9)	8 (16,3)	
Antifongiques	42 (32,3)	1 (4,4)	25 (40,9)	16 (32,7)	
Antibiotiques	30 (23,1)	4 (16,7)	10 (16,4)	14 (28,6)	
Corticoïdes orale	22 (16,9)	3 (12,5)	8 (13,1)	11 (24,4)	
Traiter vous la xérose cutanée chez les patients présentant une DA ?					
Oui	78 (58,2)	19 (79,2)	36 (59,0)	23 (46,9)	0,01
Non	56 (41,8)	5 (20,8)	25 (41,0)	26 (55,32)	
Que prescrivez-vous pour prendre en charge la xérose (n =78)					

Hydratant	39 (50,0)	8 (42,1)	27 (75,0)	4 (19,0)	0,001
Huile	27 (34,6)	5 (20,8)	6 (16,7)	16 (69,6)	
Je ne sais pas	12 (15,4)	6 (31,6)	3(8,3)	3 (13,0)	
Pour quelle durée prescrivez-vous un traitement pour la xérose cutanée (n=78)					
Inférieur à 7 jours	18 (23,1)	3 (15,8)	2 (5,6)	13 (56,5)	0,009
7 à 14jours	37 (47,4)	8 (42,1)	23 (63,9)	6 (26,1)	
14 à 30 jours	4 (5,1)	1 (5,3)	1 (2,8)	2 (8,7)	
Supérieur à 30 jours	19 (24,4)	7 (36,8)	10(27,8)	2 (8,7)	
Quels conseils donnez-vous aux parents des enfants ayant une DA (n = 130)					
port de vêtements en coton	119 (91,5)	23 (95,8)	59 (96,7)	37 (75,5)	0,64
Revenir avec l'enfant en cas de poussée de DA	96 (73,8)	20 (83,3)	51 (83,6)	25 (51,0)	
Hydrater régulièrement la peau	57 (43,8)	13(54,2)	26 (42,6)	18 (36,7)	
Bain quotidien antiseptique	69 (53,1)	12 (50,0)	19 (31,1)	38(77,5)	
Eviter le contact avec des allergènes (animaux domestiques, poussières, ...)	43 (33,1)	13 (54,2)	26 (46,2)	4 (8,2)	

Dans notre contexte africain, spécialement au Togo, 110 (82,3%) personnels soignant pensaient qu'on peut prendre en charge des cas de DA.

Les attitudes face à la DA étaient insuffisantes chez 101 (75,4%) enquêtés et mauvaises chez 23 (17,2%) des enquêtés (tableau 2).

Pratiques

Devant une poussée aigue de DA, les antihistaminiques constituaient la classe thérapeutique prescrite en majorité (99/ 130 ; 76,2%) par le personnel soignant enquêté suivie des dermocorticoïdes (92/130 ; 70,8%) (tableau III). La prescription des dermocorticoïdes était en application quotidienne (30/92 ; 32,6%) ou biquotidienne (62/92 ; 67,4%). La xérose cutanée

Discussion

Près de la moitié (55 soit 41,0%) du personnel soignant non dermatologue à Lomé avaient des connaissances théoriques insuffisantes sur la DA. Le personnel soignant non dermatologue étant également impliqué dans la prise en charge des affections cutanées (dont la DA) chez les enfants, les connaissances insuffisantes pourraient limiter le diagnostic et la prise en charge de la DA pourtant fréquente chez l'enfant.

La DA était bien définie par 62,7% du personnel soignant. Nos résultats sont inférieurs à ceux de Kouoto *et al* [7] qui avaient rapporté 75% de bonnes définitions de la DA. La rhinite allergique et l'asthme étaient cités par respectivement 95,5% et 92,5% des enquêtés comme pathologie associée à la DA. Ceci peut s'expliquer par le fait que la majorité (92,5%) des enquêtés avaient évoqué une origine allergique de la DA. Dans une étude transversale en 2013 à Lomé la rhinite allergique faisait partie des trois manifestations allergiques associées à la présence de la DA [9]. Seuls 57,5% avaient cité la xérose cutanée comme signe de la DA. Au Cameroun, 86% des enquêtés avaient cité la xérose cutanée [7]. La xérose cutanée constitue un signe quasi constant

associé à la DA était essentiellement prise en charge par les pédiatres (p=0,001) ; et basé sur les crèmes hydratants ou des huiles (Tableau III).

Tout (100,0%) le personnel qui traitaient les cas de DA affirmaient donner des conseils et informations concernant la DA aux patients et accompagnants. Le conseil donné en première ligne était le port de vêtements en coton (119/130 ; 91,5%) (tableau III).

Devant les cas de DA, 36,6% des enquêtés avaient une pratique insuffisante et 35,8% une pratique moyenne. Les pratiques étaient moyennes chez 40,8% des assistants médicaux et 37,5% des pédiatres (tableau II).

dans la DA, présent même en dehors des poussées [1, 11]. Elle était retrouvée chez respectivement 92% des patients ayant une DA à Cotonou [5]. La non connaissance de la xérose par près de la moitié du personnel soignant pourrait constituer une limite au diagnostic mais surtout à la prise en charge de l'affection ; puisque cette xérose cutanée doit être prise en charge même en dehors des poussées de DA.

Tout (100%) le personnel soignant qui avait rencontré des cas de DA affirmait savoir la traiter. Au Cameroun, 79% du personnel soignant interrogé affirmaient mettre un traitement devant les cas de DA [7]. La DA constitue donc une affection qui peut être prise en charge tant par les dermatologues que par les autres personnels de santé. Aussi, le faible nombre de dermatologues à Lomé (14 dermatologues pour 1500.000 habitants en 2019) peut expliquer le fait que le personnel de santé décide de traiter les cas de DA reçus en consultation dans la mesure de leur compétence.

Soixante-douze (53,7%) enquêtés estimaient favorable la contribution de l'entourage du patient dans la prise en charge de la DA. La contribution de l'entourage surtout chez l'enfant

permet une prise en charge optimale de la DA [12]. En effet, l'éducation thérapeutique des parents de l'enfant atteint de la DA va permettre une éviction des facteurs déclenchants et assurée une meilleure adhésion au traitement ; avec comme conséquence une diminution de la survenue des poussées et améliorer la qualité de vie du patient [1, 6, 12].

Sur le plan thérapeutique, devant les cas de DA, les antihistaminiques étaient prescrits par 99 (76,2%) enquêtés, suivis des dermocorticoïdes 92(70,8%) enquêtés. Au Cameroun, 88% du personnel soignant prescrivait les dermocorticoïdes [7]. Les dermocorticoïdes constituent le traitement de base des poussées au cours de la DA [1, 6, 12, 13]. Le fort taux de prescription d'antihistaminiques par le personnel soignant peut s'expliquer d'une part par la non connaissance de la prise en charge de la DA ; et d'autre part, par le fait que le personnel soignant à Lomé, considère la DA comme étant une affection d'origine allergique (92,50%). Le taux élevé de prescription d'antihistaminiques par le personnel soignant à Lomé reste une mauvaise pratique puisque les antihistaminiques ne sont prescrits dans la DA qu'en cas de prurit intense ne cédant pas sous dermocorticoïdes [1, 6]. Par ailleurs, seuls 78 (58,2%) participants affirmaient traiter la xérose cutanée devant les cas de DA. Au Cameroun, 81% du personnel soignant affirmaient traiter la xérose cutanée chez les patients ayant une DA [7]. La xérose est un signe quasi constant de la DA et la restauration des altérations de la barrière cutanée par l'utilisation des émoullients font partie du traitement de base de la DA [12-14].

La non prescription de dermocorticoïde et/ou d'émoullient lors de la prise en charge des enfants ayant une DA constituent de mauvaises pratiques et nécessitent une remise à niveau du personnel soignant sur la prise en charge de la DA à Lomé.

Limites

La principale limite de notre étude est l'extrapolation des résultats à l'ensemble du personnel soignant de la ville de Lomé ; puisque les structures privées intervenant également dans la prise en charge des affections de l'enfant dont la DA, n'ont pas été incluses dans notre étude.

Conclusion

La DA étant une affection qui touche principalement les enfants et dont la prévalence est en nette augmentation. Cependant notre étude montre des insuffisances aussi bien au niveau des

connaissances, attitudes et pratique du personnel soignant non dermatologue face à cette affection. Il s'avère important de mettre en place des mesures pour améliorer la prise en charge correcte de cette affection. L'une des mesures serait d'encourager la spécialisation en dermatologie des médecins en leur offrant des bourses afin d'en avoir un nombre conséquent pour chaque centre. L'autre mesure serait de mettre à niveau le personnel non dermatologue au travers d'un programme de formation médicale continue sur la prise en charge de la DA et des autres dermatoses courantes. En attendant la télé-dermatologie qui est déjà effective au Togo depuis 2020, pourrait grâce à la télé-expertise permettre aux personnels soignants non dermatologue d'avoir l'expertise du spécialiste en temps réel.

Abréviation

DA : Dermatite Atopique
CMS : Centres Médico-Sociaux
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CHR : Centre Hospitalier Régional
DES : Diplôme d'Etude Spéciales
CAP : Connaissance Attitude Pratique

Remerciement

Les auteurs remercient les responsables des districts sanitaires de Lomé et les chefs des différents départements de pédiatrie des hôpitaux

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contribution des auteurs

Julienne Noude TECLESSOU : conception de l'étude, collecte de données, rédaction et finalisation du manuscrit

Bayaki SAKA : rédaction du manuscrit, finalisation

Rachida Ouro-Bondou, Séfako Abla AKAKPO, Panawé Kassang : collecte de données, rédaction du manuscrit

Koussaké KOMBATE, Palokinam PITCHÉ : finalisation du manuscrit

Approbation éthique et Consentement

Cette étude a été approuvée par le service de dermatologie du CHU de Lomé ; les services de pédiatrie des CHU, CHR et les chefs de districts des différents centres médico-sociaux.

Tout le personnel soignant ayant participé à l'étude avait donné leur consentement verbal après avoir eu l'explication du déroulement de

l'enquête. L'enquête était anonyme et confidentielle.

Remerciement

Les auteurs remercient les responsables des différentes structures sanitaires pour avoir facilité le déroulement de l'enquête.

REFERENCES

1. Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, Christen-Zaech S, Deleuran M, Fink-Wagner A et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018; 32(5): 657-682
2. Ezzedine K, Kechichian E. Épidémiologie de la dermatite atopique. *Ann Dermatol Venereol* 2017 ; 144 Suppl 5 : VS4-VS7
3. Odhiambo JA, Asher MI, Williams HC, Clayton TO, Robertson CF, and the ISAAC Phase Three Study Group. Global variations in prevalence of eczema symptoms in children from ISAAC Phase Three. *J Allergy Clin Immunol* 2009; 124(6): 1251-8.e23
4. Fofana Y, Traore B, Dicko A, Faye O, Berthe S, Cisse L et al. Profil epidemioclinique des dermatoses chez les enfants vus en consultation dermatologique dans le service de dermatologie du centre national d'appui à la lutte contre la maladie à Bamako(Mali). *Pan Afr Med J* 2016 ; Dec 20 ; 25 : 238
5. Atadokpédé F, Adégbidi H, Koudoukpo C, Agbessi N, Dégbôé Souhin B, Akpadjan F et al. Dermatite atopique à cotonou, benin: aspects cliniques et thérapeutiques. *Dakar Med* 2012 ; 57(1) : 1-7
6. Aractingi S, Aubin F, Avril MF, Bachelez H, Bagot M, Barbaud A et al. Allergie cutanéomuqueuse chez l'enfant et l'adulte : Dermatite (ou eczéma) atopique. *Ann Dermatol Venereol* 2008 ; 135(11 Suppl) : F80-7
7. Kouoto EA, Nansseu JR, Engome AD, Tatah SA, Bissek AC. Knowledge, attitudes and practices of the medical personnel regarding atopic dermatitis in Yaoundé, Cameroon. *BMC Dermatol* 2017 Feb 16; 17(1): 1
8. Teclessou JN, Kombate K, Douti NK, Kabissa A, Akakpo AS, Saka B et al. Profil de sensibilisation aux pneumallergènes et aux trophallergènes chez les patients ayant une dermatite atopique à Lomé : étude de 83 cas. *J. Rech. Univ. Lomé (Togo)*, 2017, 19(3) : 383-388
9. Teclessou JN, Mouhari-Toure A, Akakpo S, Bayaki S, Boukari OB, Elégbédé YM et al. Facteurs de risque et manifestations allergiques associés à la dermatite atopique à Lomé (Togo). *Med Sante Trop* 2016 ; 26(1) : 88-91
10. Essi MJ, Njoya O. L'Enquête CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques) en Recherche Médicale. *Health Sci Dis* 2013 ; 14 (2): 135-6
11. Conde-Taboada A, González-Barcala FJ, Toribioc J. Review and Update of Current Understanding of Childhood Atopic Dermatitis. *Actas Dermosifiliogr.* 2008; 99(9): 690-700
12. Tollefson MM, Bruckner AL, Cohen BA, Antaya R, Horii K, Silverberg NB et al. Atopic dermatitis : skin-directed management. *Pediatrics* 2014; 134(6): e1735-44
13. Weidinger S, Novak N. Atopic dermatitis. *Lancet* 2016; 387(10023): 1109-1122
14. Einchfield LF, Tom WL, Berger TG, Krol A, Paller AS, Schawrzenberger K et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol.* 2014; 71(1): 116-32