

LISTE DES ABRÉVIATIONS

DA	: Dermatite atopique
ETP	: Éducation thérapeutique du patient
PEC	: Prise en charge
HAS	: Haute Autorité de Santé
AH	: Antihistaminique
CTC	: Corticoïdes
DC	: Dermocorticoïde
EA	: Eczéma atopique
NSP	: Ne sais pas
TOPICOP	: Topical corticosteroid phobia
OGE	: Organes génitaux externes

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Outil kinesthésique de la boîte.....	9
Figure 2 : Évolution des performances individuelles au questionnaire d'évaluation des connaissances sur la dermatite atopique.	30
Figure 3: Impact de l'ETP sur les connaissances de l'étiopathogénie de la DA	32
Figure 4: Impact de l'ETP sur les connaissances de la clinique et de l'évolution de la DA.....	33
Figure 5: Impact de l'ETP sur les connaissances des complications de la DA.	33
Figure 6: Impact de l'ETP sur les connaissances portant sur les facteurs favorisants de la DA.	35
Figure 7: Impact de l'ETP sur la connaissance des émollients.....	36
Figure 8: Impact de l'ETP sur les connaissances portant sur la corticothérapie	37
Figure 9: Impact de l'ETP sur la connaissance des mesures générales, d'hygiène, de soins et d'habillement.....	38
Figure 10: Impact de l'ETP sur la corticophobie.....	41
Figure 11: Satisfaction des participants à l'ETP	42

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Appréciation des notes au questionnaire de connaissances de la DA	14
Tableau II: Répartition selon le sexe de la population éduquée.....	17
Tableau III: Répartition des patients selon la durée d'évolution de la DA.	18
Tableau IV: Répartition des patients en fonction des équivalents atopiques associés	19
Tableau V: Fréquence des équivalents atopiques familiaux chez les parents de premier et second degré.....	19
Tableau VI: Répartition topographique de la dermatite atopique.	20
Tableau VII: Répartition des notes au questionnaire de connaissances selon le niveau d'instruction de la population éduquée.....	21
Tableau VIII: Connaissances de la maladie lors du diagnostic éducatif.....	22
Tableau IX: Connaissances des facteurs favorisant lors du diagnostic éducatif	23
Tableau X: Connaissances sur la prise en charge de la DA lors du diagnostic éducatif	24
Tableau XI: Répartition de la corticophobie chez la population éduquée.....	25
Tableau XII: Les origines de la corticophobie lors du diagnostic éducatif.....	26
Tableau XIII: Évolution des notes globale et par sous-thèmes au questionnaire d'évaluation de connaissances de la DA	28
Tableau XIV: Évolution des notes au questionnaire de connaissances en fonction du niveau d'instruction de la population éduquée.....	29
Tableau XV: Répartition du score de corticophobie selon le sexe de la population éduquée.....	39
Tableau XVI: Répartition du score de corticophobie selon le groupe d'inclusion	39

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
I. MÉTHODOLOGIE	5
1. Cadre d'étude	5
2. Patients et méthodes	5
2.1. Type d'étude	5
2.2. Population d'étude	5
2.3. Critères d'inclusion	5
2.4. Critères d'exclusion	6
2.5. Aspects éthiques	6
2.6. Aspects financiers	6
3. Le programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP)	7
3.1. L'équipe éducative	7
3.2. Les groupes d'intervention	7
3.3 Les outils éducatifs	8
3.4. Déroulement de l'ETP	10
3.4.1. Diagnostic éducatif	10
3.4.2. Première séance collective : « La maladie et ses traitements »	11
3.4.3. Deuxième séance collective : « Gérer la maladie au quotidien »	11
3.4.4. Évaluation des compétences acquises	11
4. Technique de collecte des données	12
4.1. Questionnaire d'évaluation des connaissances	12
4.2. Fiche du score TOPICOP	12
4.3. Fiche questionnaire « Impact de l'ETP »	13
4.4. Fiche questionnaire de satisfaction de l'ETP	13
5. Saisie des données et analyse statistique	13

II. RÉSULTATS.....	16
1 Étude descriptive	16
1.1 Les aspects épidémiologiques	16
1.1.1 Répartition selon le sexe	16
1.1.2 Répartition selon l'âge	17
1.1.3 Répartition selon le niveau d'étude de la population éduquée	17
1.2 Étude clinique descriptive	17
1.2.1 La durée d'évolution	17
1.2.2 L'itinéraire thérapeutique.....	18
1.2.3 Le terrain atopique.....	18
1.2.3.1 Présence d'équivalents personnels d'atopie.....	18
1.2.3.2 Équivalence familiale d'atopie.....	19
1.2.4 Aspects cliniques.....	20
1.2.4.1 Signes fonctionnels	20
1.2.4.2 Signes physiques	20
1.2.4.3 Topographie des lésions	20
2 Diagnostic éducatif.....	21
2.1 Compréhension de la dermatite atopique	21
2.1.1 Notes globales au questionnaire d'évaluation des connaissances.....	21
2.1.2 Analyse des connaissances par sous-thèmes.....	22
2.1.2.1. Connaissances sur la maladie.....	22
2.1.2.2. Connaissances des facteurs favorisants.....	23
2.1.2.3. Connaissances sur le traitement	24
2.2 Évaluation initiale de la corticophobie.....	25
3 Évaluation de l'intervention éducative.....	27
3.1 Impact de l'ETP sur la compréhension de la dermatite atopique	27
3.1.1 Notes globales au questionnaire d'évaluation des connaissances.....	27
3.1.2 Analyse des connaissances après l'ETP.....	31
3.1.2.1 Connaissances sur la maladie.....	31

3.1.2.2 Connaissances des facteurs favorisants.....	34
3.1.2.3 Connaissances sur le traitement	35
3.2 Évaluation de la corticophobie.....	39
3.3 Évaluation de l’ETP par les participants	42
3.3.1 Impact de l’ETP.....	42
3.3.2 Questionnaire de satisfaction	42
3.3.3 Suggestions des participants.....	43
III. DISCUSSION	45
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	54
REFERENCES	57
ANNEXES	

INTRODUCTION

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est définie par l'OMS comme «un processus intégré aux soins qui a pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients en les aidant à s'autonomiser, à acquérir et à conserver des compétences afin de les aider à vivre de manière optimale leur maladie» [31]. L'ETP fait partie du parcours de soin de plusieurs maladies chroniques telles que le diabète, l'asthme et le psoriasis. Si sa formalisation dans la prise en charge de la DA n'existait quasiment pas il y a 15 ans, elle occupe désormais une place centrale dans les recommandations internationales [6,53] .

La dermatite atopique (DA) est une maladie multifactorielle due à l'interaction de facteurs génétiques et environnementaux. Elle constitue souvent la première expression de la marche atopique [2,7] . C'est une dermatose inflammatoire prurigineuse, chronique, évoluant par périodes de poussées et d'accalmie [22,62] . De par sa prévalence, elle constitue aujourd'hui un véritable problème de santé publique. En 2019, la *WHO Global Burden of Disease* estimait que la DA touchait plus de 230 millions de personnes dans le monde [59] . Dans les pays développés, environ 15 à 30 % des enfants et 2 à 10% des adultes en sont atteints [13] . Au Maghreb, elle est estimée entre 8 à 23% au Maroc, 9,4 à 13% en Tunisie et 6,5% en Algérie [54] . En Afrique subsaharienne, sa prévalence est en constante augmentation, occupant une partie importante dans les activités de consultation au Mali, au Cameroun et en Côte d'Ivoire sans distinction d'âge [1,24,44] . Au Sénégal, elle constitue actuellement le premier motif de consultation en dermatologie, avec une prévalence estimée à 27% [5,37] . Le pronostic de la DA est avant tout vital, de par la survenue de complications infectieuses ou d'érythrodermie. Elle occasionne une altération de la qualité de vie, possède un fort retentissement psychosocial et peut représenter un fardeau économique avec un coût global élevé de la PEC [22] . Ceci est d'autant plus aggravé par le manque de connaissances de la maladie, de ses facteurs favorisants et de ses modalités de traitement. L'existence d'une corticophobie entraine des problèmes

d'observance et des échecs thérapeutiques fréquents. De plus, la connotation mystique de la maladie entretenue par une forte pression familiale est également à l'origine de pratiques inadéquates aboutissant à un retard de consultation ou à des irrégularités de suivi. En effet, les patients sont souvent vus tardivement dans notre pratique, avec des formes de DA sévères ou ayant déjà subi des agressions thérapeutiques par injections de pénicilline retard ou par l'ingestion de plantes traditionnelles. Malencontreusement, la phytothérapie fait partie des principaux facteurs d'aggravation de la DA en érythrodermie mettant en jeu le pronostic vital [43] . Au regard des défis socioculturels et afin d'adopter une réponse adéquate face à ces attitudes inadaptées, il apparaît d'autant plus essentiel d'éduquer les patients et leur entourage.

L'ETP dans la DA s'adresse idéalement à tous les patients, particulièrement à ceux présentant des formes sévères, un retentissement psychosocial associé ou non une altération de la qualité de vie. Son intérêt réside dans l'acquisition de connaissances et de compétences permettant une meilleure appréhension de la maladie [10,30,58,60] . Elle permet ainsi une réduction de la fréquence et de la sévérité des poussées de même qu'une amélioration de la qualité de vie du patient et de son entourage [6,11,20,38,51,53,56,57,63] . Plusieurs de ces espaces d'éducation sont actuellement créés ou en cours de création dans le monde, principalement sur le continent européen. En Afrique, l'installation de ces structures se fait encore discrète, l'Algérie et le Gabon ayant déjà commencé à mettre en place ces programmes et à les intégrer au parcours de soins de leurs malades. [26]

Cette étude s'intégrait dans le cadre d'un projet pilote d'installation d'une école de l'atopie à Dakar, avec pour objectif principal d'évaluer l'intérêt de l'ETP dans la prise en charge de la DA. Il s'agissait dans un premier temps d'apprécier l'état des connaissances sur la maladie, pour dans un second temps, évaluer l'impact de l'ETP sur l'évolution des connaissances et des compétences.



MÉTHODOLOGIE

I. MÉTHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Le Service de Dermatologie de l'HALD constitue un centre de référence de prise en charge des maladies cutanées à Dakar. Il comporte 9 dermatologues dont 1 professeur titulaire, 2 maîtres de conférences agrégés, 1 maître-assistant, 2 praticiens dermatologues et 3 internes. Le service reçoit en moyenne 7 000 consultants et réalise environ 350 hospitalisations par an.

Une école de la dermatite a été créée le 1^{er} Mai 2020 au sein de ce service. Le programme d'éducation thérapeutique était destiné aux adultes et aux enfants atteints de DA. Les séances collectives étaient organisées dans une salle adaptée à l'ETP, d'une capacité d'environ 30 personnes et équipée d'un dispositif de vidéo projection.

2. Patients et méthodes

2.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive, conduite sur une période de 6 mois allant du 1^{er} Mai 2020 au 1^{er} Novembre 2020.

2.2. Population d'étude

Notre population d'étude était constituée de tous les patients reçus en consultation ou en hospitalisation aux services de dermatologie.

2.3. Critères d'inclusion

Les patients inclus dans notre étude étaient atteints de DA et venaient pour la première fois à un programme d'ETP. Il s'agissait d'adultes ou d'enfants accompagnés par l'un de leur parent lorsque ceux-ci étaient âgés de moins de 15 ans.

Devant un eczéma, l'origine atopique était basée sur les critères diagnostic de Hanifin et Radjka [33] pour les patients adultes et sur les critères de l'United Kingdom Working Party [61] pour les enfants (**Annexe 1 et 2**).

En cas de formes cliniques avec signes mineurs d'atopie (kératose pileaire, prurigo, xérose, eczéma dishydrosique) le diagnostic de DA reposait sur l'existence d'équivalents atopiques personnels à savoir l'asthme, une conjonctivite ou rhinite allergique et sur la confirmation par des tests allergologiques épicutanés (Atopy patch, prick test alimentaire et respiratoire) positifs.

2.4. Critères d'exclusion

Ont été exclus de l'étude les participants qui ont refusé d'y prendre part ou ceux n'ayant pas complété la totalité du programme d'éducation thérapeutique.

2.5. Aspects éthiques

Le consentement oral libre et éclairé du participant était requis. La confidentialité était également respectée. Les patients étaient libres de participer ou non et également de demander leur retrait. Le refus d'inclusion n'avait aucun impact sur la prise en charge globale du malade.

2.6. Aspects financiers

Cette étude a été financée sur fond propre pour tous les frais liés aux appels téléphoniques, au remboursement des tickets de transport des participants, à l'impression des dossiers éducatifs et des outils d'évaluations et à la confection du matériel thérapeutique. Un financement de 120.000 FCFA pour l'organisation d'une collation et un don d'émollient à hauteur de 22 tubes de 250 grammes ont été apporté par les laboratoires GHPL.

3. Le programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP)

3.1. L'équipe éducative

L'équipe formatrice pluridisciplinaire était composée de 5 professionnels exerçant au sein du service :

- Un dermatologue, maître-assistant et enseignant à la faculté de médecine ayant été formé à l'ETP ;
- Un dermatologue en fin de cursus d'études spécialisées;
- Deux infirmières d'état formées à l'ETP;
- Une assistante sociale.

3.2. Les groupes d'intervention

Les patients étaient repartis dans un groupe d'intervention selon leur âge.

Les enfants de moins de 15 ans étaient accompagnés par l'un de leur parent.

Les groupes étaient composés d'un maximum de 12 personnes.

Ainsi ont été constitué :

- Un groupe de 10 adultes atteints de DA
- Deux groupes de 6 enfants atteints de DA accompagnés par l'un de leur parent.

Afin de créer une cohésion et favoriser les échanges entre les participants, les groupes initialement constitués ont été maintenus tout au long de l'ETP.

3.3 Les outils éducatifs

Le dispositif éducationnel se composait :

- d'une présentation Power Point, projetée en français et commentée en wolof, langue la plus populaire au Sénégal. Elle permettait d'expliquer la physiopathologie de la maladie et les phénomènes histopathologiques, d'expliquer l'indication et l'intérêt de chaque type de traitement et de présenter les conseils hygiéno-diététiques essentiels au contrôle de la dermatite atopique. Elle reprenait les éléments de l'outil chevalier « Eczéma Book » mis à disposition par la Fondation Eczéma [25] . Certaines métaphores couramment utilisés pour les explications de la DA ont été reprises, comme le maçon et son ciment pour l'émollient, la maison en feu pour une poussée ou le pompier pour les DC [58] . Tous les items évalués dans le questionnaire de connaissances de la DA y étaient abordés.
- de fiches détachables mises à disposition par la Fondation Eczéma : « Comment appliquer l'émollient ? » pour les adultes, de fiches sous formes de bandes dessinées « Comment appliquer ton dermocorticoïdes/émollients » pour les parents d'enfants atteints de DA (**Annexes 3-5**).
- d'un matériel thérapeutique à visée démonstrative : tubes d'émollient et de dermocorticoïde, eau thermale et poche de gel froid.
- de l'outil kinesthésique de la boîte (**Figure 1**)



Figure 1 : Outil kinesthésique de la boîte.

- A. Le matériel utilisé se composait d'une boîte avec un couvercle percé, de graines et de film alimentaire représentant la peau atopique poreuse, les allergènes et l'émollient.
- B. Le passage des allergènes à travers la peau atopique.
- C. Le rôle de l'émollient dans la création d'un « film protecteur » empêchant la pénétration des allergènes.

3.4. Déroulement de l'ETP

Le programme comprenait 3 étapes :

- le diagnostic éducatif élaboré au cours du premier entretien individuel ;
- le transfert de connaissances et de compétences au travers de deux séances collectives et participatives à un mois d'intervalle ;
- une séance d'évaluation des compétences acquises.

Le programme avait été construit sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) française qui a élaboré un programme d'ETP dans les maladies chroniques [34] et adapté à la dermatite atopique par le groupe Français d'Education Thérapeutique en Dermatologie (GET) [8–10] (**Annexe 6**).

3.4.1. Diagnostic éducatif

Il était mené par l'un des dermatologues chargés d'éducation thérapeutique au cours de la première consultation qui servait de recrutement et avait duré 30 à 40 minutes en moyenne.

Pour commencer, le dossier du patient était rempli, il comprenait l'état civil du patient (et de son accompagnant pour les enfants) l'histoire et le diagnostic de la maladie atopique, le traitement et les habitudes de soins et d'hygiènes, les explorations allergologiques et le contrat éducatif (**Annexe 7**) Le dossier du patient était rempli : il comprenait l'état civil du patient (et de son accompagnant pour les enfants) l'histoire et le diagnostic de la maladie atopique, le traitement et les habitudes de soins et d'hygiènes, les explorations allergologiques et le contrat éducatif.

Ce bilan initial des acquis, des croyances, des limites et difficultés reposait sur un questionnaire préétabli évaluant les connaissances au sujet de la DA (**Annexe 8**) et sur la fiche du score TOPICOP évaluant l'existence d'une corticophobie (**Annexe 9**).

3.4.2. Première séance collective : « La maladie et ses traitements »

La première séance était essentiellement théorique et avait pour objectif d'apporter les connaissances nécessaires à la compréhension de la maladie et de son traitement. Elle avait eu lieu un jour ouvrable (mardi), avait duré 2 heures et s'articulait autour de la présentation Powerpoint.

Un tour de table permettant aux participants de présenter et d'exprimer leurs attentes avait ouvert la séance. Une session de questions-réponses l'avait clôturé.

3.4.3. Deuxième séance collective : « Gérer la maladie au quotidien »

La deuxième séance était essentiellement pratique avec pour objectif d'apporter une aide à la gestion de la maladie au quotidien. Elle avait eu lieu un mois après la première.

Elle avait débuté par un tour de table permettant aux participants d'exprimer leur ressenti sur la manière dont l'éducation thérapeutique a impacté leur quotidien, leurs acquis mais également les difficultés toujours présentes et leurs attentes. Une démonstration pratique des soins a été réalisée, tout d'abord par l'un des participants puis repris par le dermatologue éducateur afin d'encourager l'interactivité. Des alternatives aux grattages ont également été présentées. Le dispositif éducationnel comprenait l'outil kinesthésique de la boîte (**Figure 1**), le matériel thérapeutique à visée démonstrative et les fiches détachables « comment appliquer l'émollient/comment appliquer le dermocorticoïde » que les participants ont pu emporter avec eux. (**Annexes 3-5**)

3.4.4. Évaluation des compétences acquises

Cette séance avait pour objectif d'évaluer les acquisitions des participants par rapport aux objectifs fixés au départ. Elle reposait sur le questionnaire de connaissance de la DA, sur le score de corticophobie TOPICOP, sur la fiche « impact de l'ETP » renseigné par les participants (**Annexe 10**) et le questionnaire de satisfaction (**Annexe 11**).

4. Technique de collecte des données

4.1. Questionnaire d'évaluation des connaissances

Le questionnaire de connaissance sur la DA (**Annexe 8**) a été élaboré sur la base d'un référentiel d'éducation thérapeutique proposé par Barbarot et al. [8] (**Annexe 6**) adapté et complété selon les spécificités de notre pratique.

Il comportait 61 questions divisées en trois sous-thèmes. Les questions 1 à 14 portaient sur la maladie en elle-même (étiopathogénie, cadre nosologique, complications), les questions 15 à 36 portaient sur les facteurs favorisant de la maladie et les questions 37 à 61 portaient sur le traitement de la DA. Les possibilités de réponse étaient : « oui », « non » ou « ne sais pas ».

Ce questionnaire était évalué lors du diagnostic éducatif et au cours de la séance d'évaluation afin d'apprécier l'impact de l'ETP sur l'évolution des connaissances.

4.2. Fiche du score TOPICOP

La corticophobie se définit comme une peur irrationnelle des corticoïdes phénomène très fréquent largement partagé dans le monde, qui entraîne une faible adhésion au traitement et est à l'origine d'une proportion importante d'échecs thérapeutiques au cours de la dermatite atopique [4,16] . Le score TOPICOP (Topical Corticosteroid Phobia) comporte 12 questions permettant d'évaluer les différentes origines de la corticophobie à travers quatre dimensions : connaissances, croyances, peurs et comportements. (**Annexe 9**)

Ce score est issu d'une étude multicentrique française [3] . Une étude statistique approfondie a confirmé ses excellentes propriétés psychométriques [45] . Les réponses ont été notées sur une échelle de Likert en quatre points (intervalle de score de 0 à 3: 0 = jamais, 1 = parfois, 2 = souvent et 3 = toujours; ou 0 = pas du tout, 1 = pas vraiment, 2 = un peu et 3 = tout à fait) avec un score maximum de 36 points.

4.3. Fiche questionnaire « Impact de l'ETP »

Un questionnaire permettant aux participants d'apprécier l'impact de l'ETP sur leurs connaissances et leurs compétences mais également sur leur perception et gestion de la maladie au quotidien a été conçu. (**Annexe 10**)

4.4. Fiche questionnaire de satisfaction de l'ETP

Le déroulement de l'ETP a été évalué par les participants quant à l'organisation, l'accueil, le contact avec l'équipe soignante, la qualité de l'outil PowerPoint exposé et la clarté des outils pédagogiques présentés. Les réponses possibles étaient : très mauvais, mauvais, bon, très bon ou excellent.

Trois questions supplémentaires permettent de juger de l'aspect organisationnel des séances et une section remarques/suggestions était incluse afin d'améliorer l'organisation de l'école. (**Annexe 11**)

5. Saisie des données et analyse statistique

Les données ont été traitées à l'aide du logiciel Microsoft Excel 2016® et les analyses ont été réalisées avec le logiciel IBM SPSS 21.

L'ensemble des variables a été décrit à l'aide de moyennes, médianes, minimum et maximum pour les variables quantitatives, effectifs et proportions pour les variables catégorielles ou qualitatives.

Les groupes de patients ont été comparés à l'aide du test non paramétrique de Student de comparaison de moyenne pour les variables quantitatives. Les résultats ont été considérés comme statistiquement significatifs lorsque les p sont inférieurs à 5% ($p < 0,05$).

A partir du questionnaire « Connaissance de la maladie », la note globale du questionnaire et par sous-thèmes ont été recueillies. Une réponse juste valait 1 point, une réponse fausse ou « ne sais pas » valait 0 point. Pour en faciliter l'interprétation les notes ont été exprimées en pourcentage de réussite, la moyenne correspondant à une note égale à 50%.

Le mode d'appréciation des notes au questionnaire d'évaluation des connaissances de la DA est détaillé dans tableau I.

Tableau I: Appréciation des notes au questionnaire de connaissances de la DA.

Notes	Appréciation
0 – 9,9%	Médiocre
10 – 19,9%	Très faible
20 – 39,9%	Faible
40 – 59,9 %	Moyenne
60 – 79,9%	Bonne
80 – 89,9%	Très bonne
90 – 100%	Excellente

L'amélioration des connaissances globale et par sous-thèmes a été évaluée, le test de Student d'égalité des moyennes étant effectué pour les échantillons appariés avant et après l'ETP et aussi suivant le genre.

Le score TOPICOP global et le score pour chaque dimension ont été calculés sous forme de pourcentage compris entre 0% et 100%. Les réponses aux 12 questions ont été modélisées sous forme d'un radar obtenu sur Excel et qui permet de visualiser les origines de la corticophobie.

Le traitement des données de satisfaction a permis de déterminer un taux de satisfaction global et individuel. Un indice agrégé de satisfaction était établi selon le principe suivant: très mauvais → 0 point, mauvais → 1 point, bon → 2 points, très bon → 3 points et excellent → 4 points. La moyenne des notes sur ces différents critères détermine le niveau de satisfaction des participants, évalué comme suit :

- participant satisfait si note $\geq 2,5$
- niveau de satisfaction indéterminé si $1,5 < \text{note} < 2,5$
- participant insatisfait si note $\leq 1,5$.



RÉSULTATS

II. RÉSULTATS

1 Étude descriptive

1.1 Les aspects épidémiologiques

Sur 47 patients atteints de DA convoqués, 25 se sont présentés et 22 ont effectivement bénéficié de l'éducation thérapeutique.

Il s'agissait de 12 enfants accompagnés par l'un de leur parent et de 10 adultes.

Ces cas provenaient :

- du service de dermatologie HALD dans 15 cas soit 68,2 %
- du service de dermatologie de l'Hôpital d'enfants Albert Royer dans 7 cas soit 31,8 %.

Deux populations étaient caractérisées :

- une population cible constituée par les patients atteints de DA
- une population éduquée composée par les adultes atteints de DA et les parents d'enfants atteints de DA.

1.1.1 Répartition selon le sexe

➤ Population cible

Parmi les 22 patients atteints de DA, 11 (50%) étaient de sexe masculin et 11 (50%) de sexe féminin, soit un sex-ratio de 1.

➤ Population éduquée

Parmi les 22 personnes participant aux ETP, 14 (63,6%) étaient des femmes et 8 (36,4%) étaient des hommes.

Parmi les 12 parents d'enfants atteints de DA, 7 (58,3%) étaient des mères, 4 (33,3%) des pères et 1 (8,3%) était l'oncle du patient.

La répartition des participants selon le sexe de la population éduquée est représentée dans le tableau II.

Tableau II: Répartition selon le sexe de la population éduquée.

	Adultes atteints de DA	Parents d'enfants atteints de DA	Total
Femmes	7	7	14
Hommes	3	5	8
Total	10	12	22

1.1.2 Répartition selon l'âge

➤ Population cible

La moyenne d'âge des patients était de 19,9 ans avec des extrêmes de 1,7 ans et 63 ans et une médiane de 18,95 ans.

➤ Population éduquée

La moyenne d'âge de la population éduquée était de 35 ans avec des extrêmes de 20 ans et 63 ans et une médiane de 36 ans.

1.1.3 Répartition selon le niveau d'étude de la population éduquée

Tous les participants à l'ETP ont été scolarisés avec des niveaux d'études variables : 12 (54,5%) au niveau supérieur, 6 (27,3%) au niveau secondaire et 4 (18,2%) au niveau primaire.

1.2 Étude clinique descriptive

1.2.1 La durée d'évolution

La DA était chronique dans 22 cas (100%).

La maladie évoluait depuis 1 à 5 ans dans 12 cas soit 54,5%.

La répartition des patients en fonction de la durée d'évolution de la DA est illustrée dans le tableau III.

Tableau III: Répartition des patients selon la durée d'évolution de la DA.

Durée d'évolution	Nombre	Pourcentage %
< 6 mois	0	0
Entre 6 mois et 1 an	3	13,7
Entre 1 an et 5 ans	12	54,5
> 5 ans	7	31,8
Total	22	100

1.2.2 L'itinéraire thérapeutique

Le personnel traitant était un dermatologue dans 22 cas (100%) et un traditipraticien dans 4 cas (18,9%).

Les participants étaient en mesure d'expliquer leur traitement ou celui de leur enfant à l'ETP dans 8 cas soit 36,4%.

Les traitements antérieurs étaient :

- des émollients dans 19 cas soit 86,4%
- des dermocorticoïdes dans 17 cas soit 77,3%
- des antihistaminiques dans 6 cas soit 27,3%
- des corticoïdes injectables dans 1 cas soit 4,5%

La prise par voie orale de plantes traditionnelles de natures imprécisées était retrouvée dans 3 cas soit 13,6%.

1.2.3 Terrain atopique

1.2.3.1 Présence d'équivalents personnels d'atopie

La DA était associée à d'autres équivalents atopiques dans 19 cas soit 86,4%.

Le nombre d'équivalent atopique chez un même patient était de :

- 2 dans 10 cas (52,6%)
- 3 dans 7 cas (36,8%)
- 1 dans 2 cas (10,5%)

La coexistence de plusieurs équivalents d'atopie chez le même patient était observée dans 17 cas soit 77,3%.

La répartition des patients en fonction des équivalents atopiques associés est représentée dans le tableau IV.

Tableau IV: Répartition des patients en fonction des équivalents atopiques associés.

	Adultes		Enfants		Population globale	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Conjonctivite allergique	7	70	10	83,8	17	77,3
Rhinite allergique	6	60	9	75	15	68,9
Asthme	4	40	3	25	7	58,3
LCET	2	20	1	8,3	3	13,6

1.2.3.2 Équivalence familiale d'atopie

Un antécédent familial d'atopie était retrouvé dans 20 cas soit 90,9%.

Le type et la fréquence des antécédents familiaux d'atopie chez les parents de premier degré et de second degré sont illustrés dans le tableau V.

Tableau V: Fréquence des équivalents atopiques familiaux chez les parents de premier et second degré.

	Parent de premier degré		Parent de second degré	
	Effectif	%	Effectif	%
Rhinite allergique	11	50	6	27,3
Asthme	9	40,9	9	40,9
Dermatite atopique	9	40,9	4	18,2
Conjonctivite allergique	8	36,4	6	27,3

1.2.4 Aspects cliniques

1.2.4.1 Signes fonctionnels

Un prurit était retrouvé chez l'ensemble des patients (n=22).

Une douleur était associée dans 5 cas soit 22,7%.

1.2.4.2 Signes physiques

Un eczéma atopique était retrouvé dans 20 cas soit 91%.

Les autres signes cliniques de la DA étaient la kératose pilaire et le prurigo dans 1 cas chacun.

1.2.4.3 Topographie des lésions

La DA était étendue dans 4 cas soit 18,2%.

La répartition topographique des lésions de dermatite atopique est représentée dans le tableau VI.

Tableau VI: Répartition topographique de la dermatite atopique.

Topographie des lésions de DA	Forme clinique de la DA					
	Eczéma atopique		Kératose pilaire		Prurigo	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Plis de flexions	20	90,9	0	0	0	0
Face d'extension des membres	15	68,2	1	4,5	1	4,5
Pieds	14	63,6	0	0	1	4,5
Cou	10	45,5	0	0	1	4,5
Mains	9	40,9	0	0	1	4,5
Visage	6	27,3	1	4,5	1	4,5
Cuir chevelu	7	31,8	0	0	0	0
Tronc	4	18,2	1	4,5	1	4,5
Fesses	1	4,5	1	4,5	1	4,5
OGE	1	4,5	0	0	1	4,5

2 Diagnostic éducatif

Le diagnostic éducatif reposait sur l'évaluation de la compréhension de la maladie par le questionnaire de connaissances sur la DA, sur l'évaluation de la corticophobie grâce au score TOPICOP et sur les réponses fournies à l'interrogatoire (perception de la maladie, plaintes et attentes).

2.1 Compréhension de la dermatite atopique

2.1.1 Notes globales au questionnaire d'évaluation des connaissances

La note globale avait porté sur l'ensemble du questionnaire et regroupait les connaissances de la maladie, des facteurs favorisant et du traitement.

La note moyenne était de 36,7% avec des extrêmes allant de 7,9% à 66,7%.

Les notes étaient inférieures à la moyenne dans 19 cas soit 86,4%

Les notes étaient supérieures à la moyenne dans 3 cas soit 13,6%.

Les notes étaient :

- faibles dans 14 cas (63,7%)
- moyennes dans 5 cas (22,8%)
- médiocre, très faible ou bonne dans 1 cas chacun.

Il n'y avait pas de notes jugées très bonne ou excellente.

Le tableau VII montre la répartition des notes selon le niveau d'instruction des participants à l'ETP.

Tableau VII: Répartition des notes au questionnaire de connaissances selon le niveau d'instruction de la population éduquée.

Niveau d'étude	Score moyen
Secondaire	37,1%
Supérieur	36,8%
Primaire	34,9%

2.1.2 Analyse des connaissances par sous-thèmes

2.1.2.1. Connaissances sur la maladie

Pour se référer à la maladie, les participants employaient :

- le terme de « Ndoxum siti » dans 12 cas (54,5%)
- la terminologie exacte de DA ou de EA dans 6 cas (27,3%).
- Ils ne savaient pas de quelle pathologie il s'agissait dans 4 cas (18,2%).

Concernant les questions portant sur l'étiopathogénie, la clinique, l'évolution et les complications de la maladie, la note moyenne était de 47,2%.

Les modalités de réponses lors du diagnostic éducatif sont présentées dans le tableau VIII.

Tableau VIII: Connaissances de la maladie lors du diagnostic éducatif

Questions	Réponses avant ETP					
	Oui		Non		NSP	
	n=	%	n=	%	n=	%
Maladie de tous les âges	15	68,2	2	9,1	5	22,7
Maladie à prédisposition génétique	8	36,4	9	40,9	5	22,7
DA due à un microbe	7	31,8	8	36,4	7	31,8
Maladie contagieuse	3	13,6	15	68,2	4	18,2
Maladie chronique	8	36,4	8	36,4	6	27,3
Évolution par poussées-rémissions	13	59,1	5	22,7	4	18,2
Altération de la barrière cutanée	5	22,7	7	31,8	10	45,5
Appartenance au spectre de l'atopie	6	27,3	6	27,3	10	45,5
DA due à un manque hygiène	1	4,5	18	81,8	3	13,6
La xérose est une manifestations de la DA	14	63,6	5	22,7	3	13,6
L'EA est une forme clinique de DA	2	9,1	3	13,6	17	77,3
Complication : surinfection	6	27,3	6	27,3	9	40,9
Complication : érythrodermie	7	31,8	7	31,8	8	36,4
Complication : impact psychosocial	5	22,7	8	36,4	9	40,9

2.1.2.2. Connaissances des facteurs favorisants

Pour les questions portant sur les facteurs favorisants les poussées de DA, la note moyenne était de 24%.

Les modalités de réponses lors du diagnostic éducatif sont présentées dans le tableau IX.

Tableau IX: Connaissances des facteurs favorisants lors du diagnostic éducatif

Questions	Réponses avant ETP					
	Oui		Non		NSP	
	n=	%	n=	%	n=	%
Existence de FF	17	77,3	2	9,1	3	13,6
FF identiques chez tous	3	13,6	5	22,7	14	63,6
Important d'identifier les FF	13	59,1	2	9,1	7	31,8
Stress	1	4,5	15	68,2	6	27,3
Xérose	5	22,7	10	45,5	7	31,8
Baignade	1	4,5	14	63,6	7	31,8
Textiles autres que le coton	7	31,8	9	40,9	6	27,3
Parfums	9	40,9	7	31,8	6	27,3
Encens	1	4,5	14	63,6	7	31,8
Période froide	4	18,2	13	59,1	5	22,7
Soleil	4	18,2	12	54,5	6	27,3
Poussière	9	40,9	7	31,8	6	27,3
Acariens	3	13,6	12	54,5	7	31,8
Poils animaux	5	22,7	11	50,0	6	27,3
Cigarette	2	9,1	13	59,1	7	31,8
Lessive	3	13,6	12	54,5	7	31,8
Phytothérapie	3	13,6	13	59,1	6	27,3
Aliments	13	59,1	4	18,2	5	22,7
Humidité	3	13,6	12	54,5	7	31,8
Moquette	4	18,2	11	50,0	7	31,8
Couette	3	13,6	12	54,5	7	31,8
Injection pénicilline retard	1	4,5	13	59,1	8	36,4

2.1.2.3. Connaissances sur le traitement

L'incapacité à prendre seul en charge la maladie sans recours à une aide médicale était notée chez tous les participants.

Concernant les questions portant sur le traitement (émollient, DC) et la prise en charge de la DA la note moyenne était de 41,3%. Les modalités de réponses lors du diagnostic éducatif sont présentées dans le tableau X.

Tableau X: Connaissances sur la PEC de la DA lors du diagnostic éducatif

Questions	Réponses avant l'ETP					
	Oui		Non		NSP	
	n=	%	n=	%	n=	%
Je fais la différence entre émollient et DC	12	54,5	10	45,5	0	0,0
Les émolllients sont des crèmes hydratantes	17	77,3	3	13,6	2	9,1
L'émollient crée un film protecteur sur la peau	6	27,3	7	31,8	9	40,9
Émolllients indispensables au traitement	10	45,5	7	31,8	5	22,7
Émollient doit être appliqué quotidiennement	18	81,8	3	13,6	1	4,5
Émollient à appliquer sur une peau bien séchée	18	81,8	2	9,1	2	9,1
DC obligatoires au traitement	10	45,5	7	31,8	5	22,7
DC peuvent être utilisé chez nourrisson ≤ 6 mois	0	0,0	11	50,0	11	50,0
DC doivent être appliqués sur tout le corps	3	13,6	16	72,7	3	13,6
DC indiqués pour traiter les poussées	12	54,5	2	9,1	8	36,4
DC calment les démangeaisons	14	63,6	1	4,5	7	31,8
DC peuvent être arrêté du jour au lendemain	6	27,3	11	50,0	5	22,7
DC ont de graves effets secondaires	10	45,5	4	18,2	8	36,4
DC entraînent une dépigmentation	11	50,0	2	9,1	9	40,9
La dépigmentation due au DC est définitive	7	31,8	1	4,5	14	63,6
Le traitement associe émollient et DC	11	50,0	2	9,1	9	40,9
CTC généraux pour traiter les poussées	0	0,0	6	27,3	16	72,7
Long bains chauds recommandés	14	63,6	4	18,2	4	18,2
Savons parfumés autorisés	9	40,9	13	59,1	0	0,0
Bien frotter la peau sous la douche	13	59,1	9	40,9	0	0,0
Recommandé de porter du coton	14	63,6	6	27,3	2	9,1
Éviter environnement fortement climatisé	4	18,2	11	50,0	7	31,8
Aérer fréquemment habitat	15	68,2	4	18,2	3	13,6
Sport déconseillé	3	13,6	16	72,7	3	13,6

2.2 Évaluation initiale de la corticophobie

Une corticophobie était retrouvée dans 11 cas soit 50%.

La répartition de la corticophobie chez la population éduquée est représentée dans le tableau XI.

Tableau XI: Répartition de la corticophobie chez la population éduquée

	Patients adultes		Parents d'enfants		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Femmes	3	27,3%	6	54,5%	9	81,8%
Hommes	1	9,1%	1	9,1%	2	18,2%
Total	4	36,4%	7	63,6%	11	100%

Le score moyen de corticophobie était de 26,2 /36 points soit 72,2%.

La répartition du score de corticophobie selon le profil du participant était:

- de 73,3% chez les femmes contre 70,8% chez les hommes.
- similaire chez les adultes et les parents d'enfants avec 73,1%.

La corticophobie était due à :

- une peur des DC : 87,8%
- des connaissances erronées: 80%
- des comportements inadéquats : 76,6%
- de fausses croyances : 46,7%

Le tableau XII illustre le degré de corticophobie des différentes composantes du score TOPICOP lors du diagnostic éducatif.

Tableau XII: Degré de corticophobie des différentes composantes du score TOPICOP lors du diagnostic éducatif.

Dimensions	Score par dimension	Items du TOPICOP	Score par question (%)
Connaissances	80%	- Les DC passent dans le sang	76,7
		- Les DC favorisent les infections	70
		- Les DC abiment la peau	93,3
Croyances	46,7%	- Les DC font grossir	36,7
		- Les DC affectent la santé future	90
		- Les DC favorisent l'asthme	13,3
Peurs	87,8%	- J'ai peur des DC sans en connaître les effets	83,3
		- J'ai peur d'utiliser des doses trop importante	86,7
		- J'ai peur d'en mettre sur certaines zones où la peau est plus fine	93,3
Comportements	76,7%	- Je traite le plus tard possible	70
		- Je traite le moins longtemps possible	73,3
		- J'ai besoin d'être rassuré vis à vis du traitement par DC	86,7

2.3 Plaintes et attentes des participants

Le désir d'acquisition de connaissances théoriques et pratiques nécessaires à la prise en charge de la DA était exprimé dans les 22 cas (100%).

Le besoin d'autonomie dans la gestion de la maladie au quotidien était exprimé dans 14 cas soit 63,6 %.

La principale plainte concernait le manque d'explications au sujet de la maladie et de ses traitements, rapportée dans 17 cas (77 %).

3 Évaluation de l'intervention éducative

Elle reposait d'une part, sur la réévaluation du questionnaire de connaissances de la DA et du score TOPICOP et leur comparaison aux résultats obtenus lors du diagnostic éducatif. D'autre part, elle intégrait une évaluation de l'ETP par le participant au travers de la fiche « impact de l'ETP » et du questionnaire de satisfaction.

3.1 Impact de l'ETP sur la compréhension de la dermatite atopique

3.1.1 Notes globales au questionnaire d'évaluation des connaissances

La note globale avait porté sur l'ensemble du questionnaire et regroupait les connaissances de la maladie, des facteurs favorisant et du traitement.

La note moyenne était de 85,1% soit une augmentation relative de 48,4% par rapport à la note initiale. Il existait un lien statistiquement significatif dans la progression de la note ($p=0,000$) (**Tableau VIII**)

Les notes étaient toutes supérieures à la moyenne (100%).

Tous les participants ($n=22$) avaient amélioré leur note.

Les notes étaient :

- Très bonne dans 11 cas soit 50% ;
- Excellentes dans 6 cas soit 27,3% ;
- Bonnes dans 5 cas soit 22,7%.

Il n'y avait pas de notes jugées médiocre, très faible, faible ou moyenne.

L'évolution des notes au questionnaire de connaissances de la DA, de manière globale et pour chaque sous-thème (maladie, facteurs favorisant, traitement) est illustrée dans tableau XIII.

Tableau XIII: Évolution des notes globale et par sous-thèmes au questionnaire d'évaluation de connaissances de la DA.

		Diagnostic éducatif	Évaluation après l'ETP
Note globale	Moyenne	36,7%	85,1%
	Médiane	37,3%	85,7%
	Minimum	7,9%	60,3%
	Maximum	66,7%	98,4%
	p =	0,000	
Sous-thèmes : Connaissances sur la maladie	Moyenne	47,2%	89,2%
	Médiane	50%	93,8%
	Minimum	6,3%	68,8%
	Maximum	75%	100%
	p =	0,000	
Sous-thèmes : Connaissances des facteurs favorisants	Moyenne	24%	80,4%
	Médiane	22,7%	81,8%
	Minimum	0%	45,5%
	Maximum	63,6%	100%
	p =	0,000	
Sous-thèmes : Connaissances sur le traitement	Moyenne	41,3%	86,7%
	Médiane	48%	88%
	Minimum	12%	56%
	Maximum	68%	100%
	p =	0,000	

L'évolution des notes au questionnaire de connaissances en fonction du niveau d'instruction de la population éduquée est représentée dans le tableau XIV.

Tableau XIV: Évolution des notes au questionnaire de connaissances en fonction du niveau d'instruction de la population éduquée

Niveau d'instruction	Note moyenne	Progression de la note par rapport au diagnostic éducatif
Primaire	86,5%	58,7%
Secondaire	79,4%	20,6%
Supérieur	88,8%	42,9%

La **figure 2** est un diagramme permettant de visualiser les performances individuelles des participants.

Les intervalles suivent les appréciations de notes préalablement définies.

L'axe des abscisses correspond aux notes lors du diagnostic éducatif, l'axe des ordonnées correspond aux notes lors de l'évaluation après ETP.

Leur croisement permet d'évaluer l'évolution de chaque participant.

La tendance générale, correspondant au regroupement en grappe, correspondait à des notes initialement comprises entre 30-50% (faible à moyenne) lors du diagnostic éducatif et améliorée à 78-92% (bonne à excellente) suite à l'ETP.

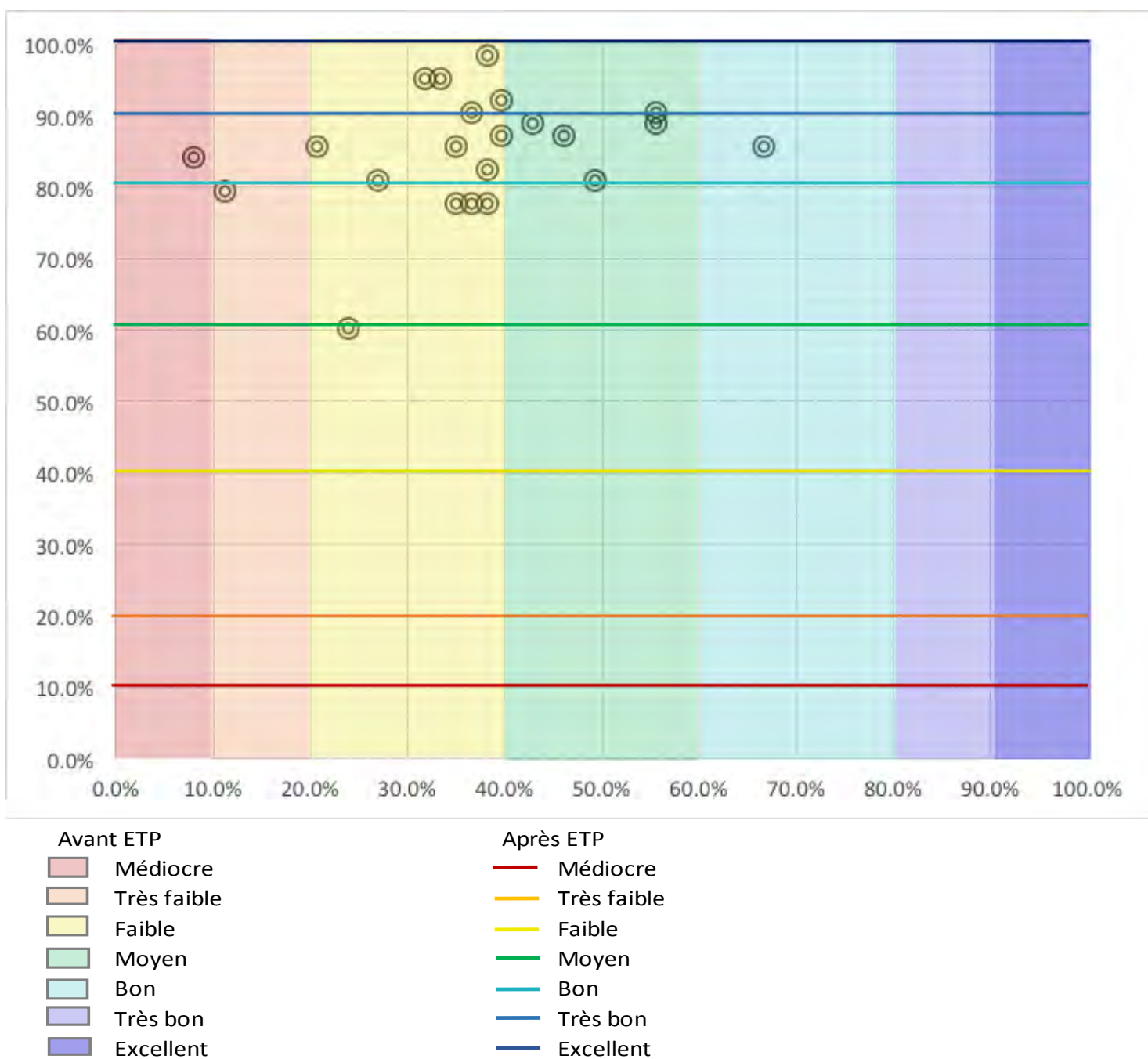


Figure 2 : Évolution des performances individuelles au questionnaire d'évaluation des connaissances sur la dermatite atopique.

3.1.2 Analyse des connaissances après l'ETP.

3.1.2.1 Connaissances sur la maladie

Pour se référer à la maladie, les participants employaient :

- la terminologie exacte de DA ou de EA dans les 22 cas (100%)
- le terme de « Ndoxum siti » dans 0 cas.

Concernant les questions portant sur l'étiopathogénie, la clinique, l'évolution et les complications de la maladie, la note moyenne était de 89,2% soit une progression de 42% par rapport à la note initiale (**Tableau XIII**).

L'amélioration de connaissance la plus significative concernait:

- La reconnaissance de **l'EA comme manifestation de la DA** dans 19 cas (86,4%) soit une progression de 77,3% par rapport à la note initiale.
- la connaissance de l'existence d'une **altération de la barrière cutanée** dans 20 cas (90,9%) soit progression de 68,4% par rapport à l'inclusion.
- La compréhension de la notion de **spectre de l'atopie** auquel appartient la DA dans 21 cas (95,5%) soit une progression de 68,2%.

❖ Concernant l'**étiopathogénie** de la DA, était désormais compris:

- que la maladie **affectait tous les âges** dans 22 cas (100%) soit une progression de 31,8% par rapport à la note initiale.
- La **prédisposition génétique** de la maladie dans 19 cas (86,4%) soit une progression de 50% par rapport à la note initiale.

Un doute sur la **contagiosité** de la maladie subsistait dans 2 cas (9%) soit une réduction d'erreur de 22,8% par rapport à l'inclusion.

L'impact de l'ETP sur l'évolution des modalités de réponses pour les questions portant sur les connaissances de l'étiopathogénie de la maladie est illustré dans la figure 3.

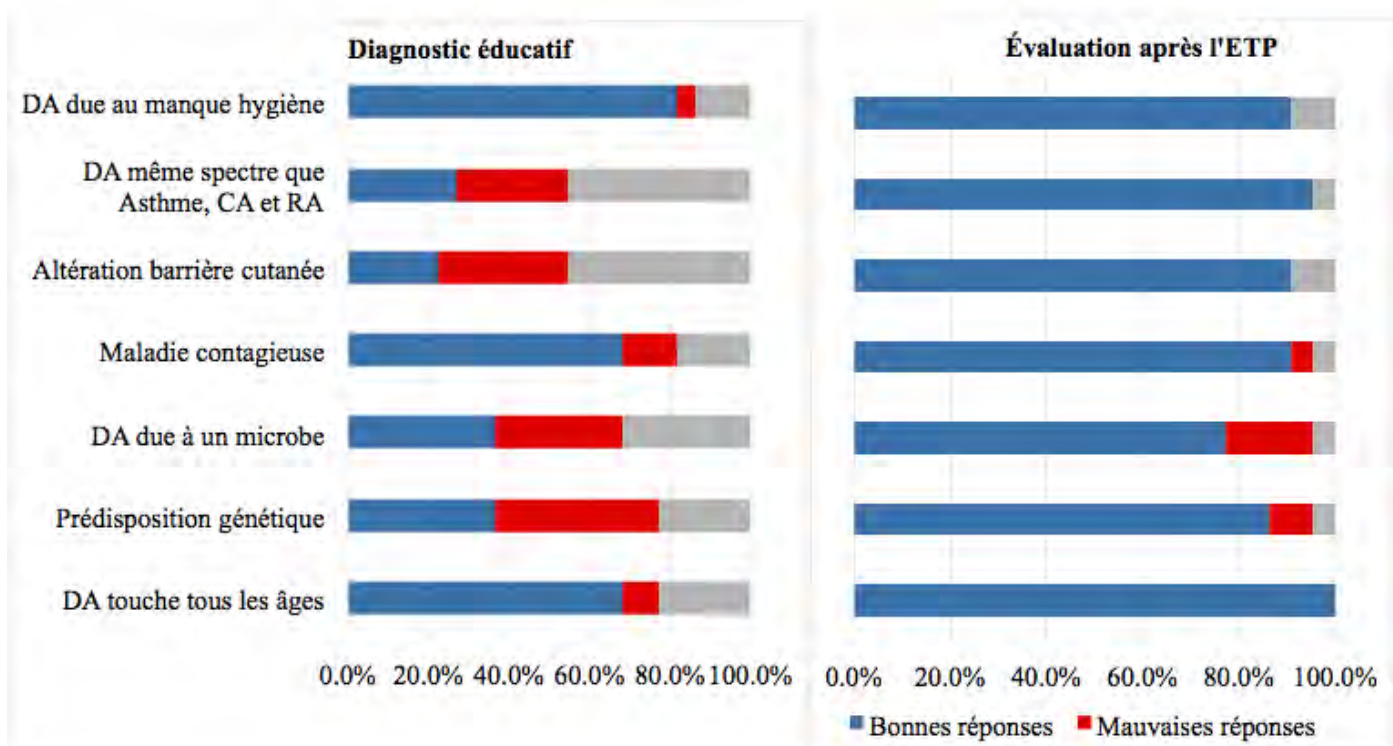


Figure 3: Impact de l'ETP sur les connaissances de l'étiopathogénie de la DA.

❖ Concernant la **clinique et l'évolution** de la maladie, était acquis :

- l'existence de **phases de poussées et d'accalmie** dans 22 cas (100%) soit une progression de 40,9% par rapport à l'inclusion
- la **chronicité** de la DA dans 21 cas (95,5%) soit une progression de 59,1%
- la reconnaissance de la **xérose** comme une manifestation de la DA dans 20 cas (90,9%) soit une progression de 27,3%.

La **figure 4** illustre l'évolution des modalités de réponses pour les questions portant sur les connaissances de la clinique et de l'évolution de la maladie.

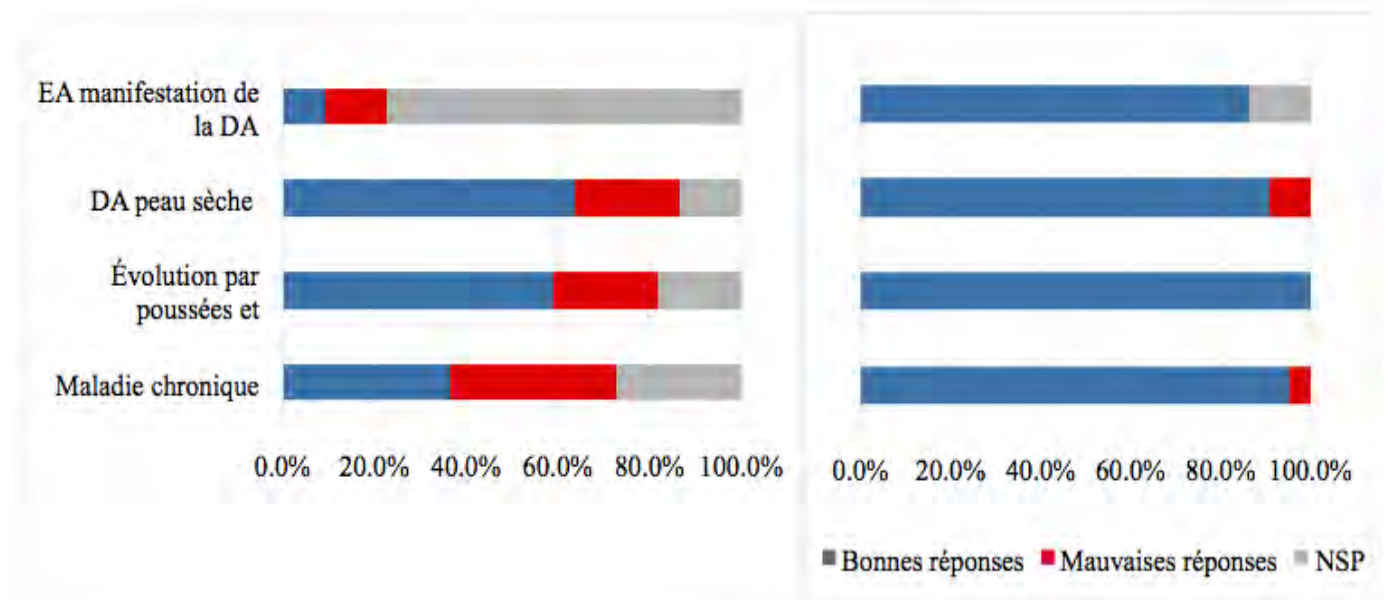


Figure 4: Impact de l'ETP sur les connaissances de la clinique et de l'évolution de la DA

❖ Concernant les possibles **complications** de la DA, était reconnu:

- **la surinfection** dans 18 cas (81,8%) soit une progression de 54,5 %
- **l'érythrodermie** dans 16 cas (72,7%) soit une progression de 40,9%
- le **retentissement psychosocial** dans 15 cas (68,2%) soit une progression de 45,5% par rapport à la note initiale.

La **figure 5** illustre l'évolution des modalités de réponses pour les questions portant sur les connaissances des possibles complications de la DA.

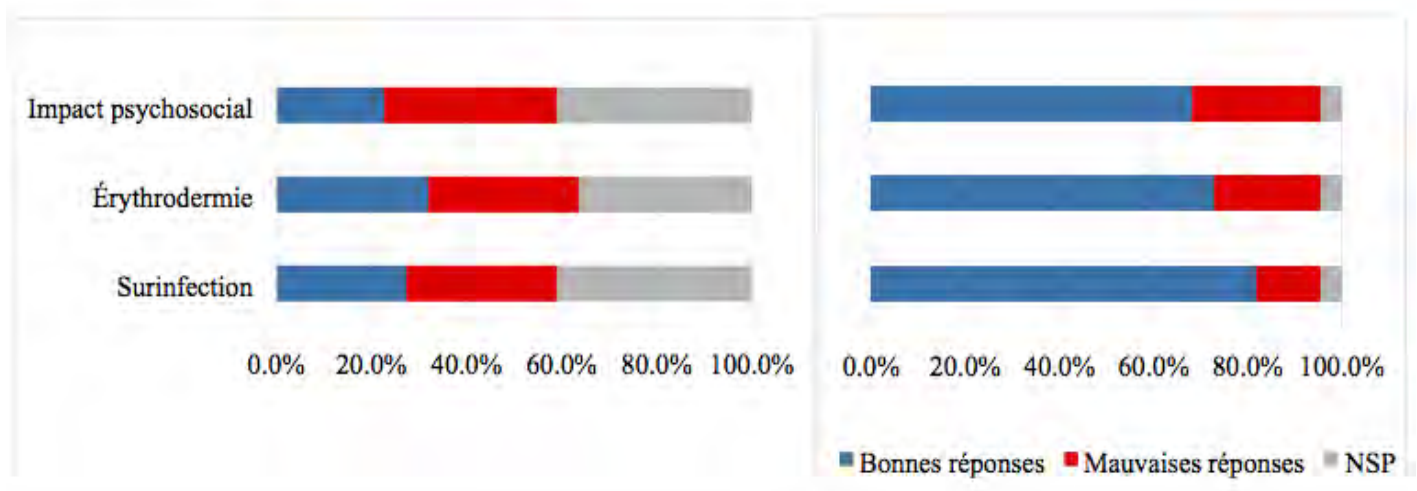


Figure 5: Impact de l'ETP sur les connaissances des complications de la DA.

3.1.2.2 Connaissances des facteurs favorisants

Au sujet des questions portant sur les facteurs favorisant/aggravant les poussées de DA, la note moyenne était de 80,4% soit une progression de 56,4% par rapport à la note initiale. (**Tableau VIII**)

Concernant ceux-ci:

- leur **identification** était jugée importante dans 22 cas (100%) avec une progression de 40,9%
- leur **existence** était reconnue dans 22 cas (100%) soit une progression de 22,7% ;
- leur **variabilité selon l'individu** était reconnue dans 16 cas (72,7%) avec une progression de 50%.

Les facteurs favorisants identifiés étaient :

- la **moquette** dans 22 cas (100%) soit une progression de 81,8% ;
- la **xérose** dans 21 cas (95,5%) soit une progression de 72,7% ;
- les **poils d'animaux** dans 21 cas (95,5%) soit une progression de 72,7% ;
- les **textiles autres que le coton** dans 21 cas (95,5%) soit une progression de 63,6% ;
- le **parfum** dans 21 cas (95,5%) soit une progression de 54,5% ;
- la **poussière** dans 20 cas (90,9%) soit une progression de 50% ;
- les **aliments** dans 20 cas (90,9%) soit une progression 31,8%
- l'**encens** dans 19 cas (86,4%) soit une progression de 81,8%
- la **fumée de cigarette** dans 18 cas (81,8%) soit une progression de 72,7
- la **baignade** dans 17 cas (77,3%) soit une progression de 72,7%
- le **stress** dans 16 cas (72,7%) soit une progression de 68,2%

Le caractère aggravant de la **phytothérapie** était reconnu dans 17 cas (77,3%) soit une progression de 63,6%.

La **figure 6** illustre l'impact de l'ETP sur les connaissances concernant les facteurs favorisants de la DA.

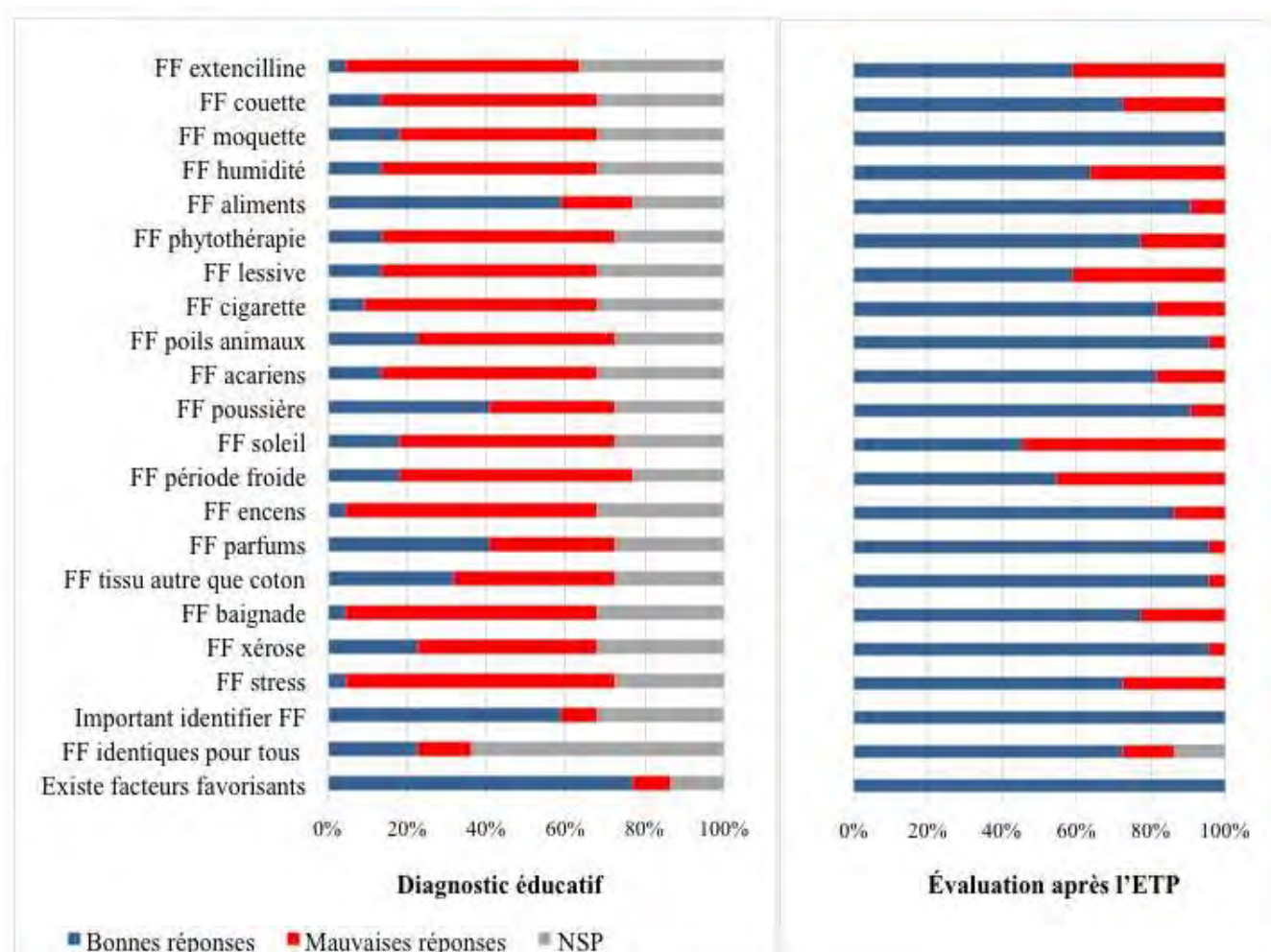


Figure 6: Impact de l'ETP sur les connaissances portant sur les facteurs favorisant de la DA.

3.1.2.3 Connaissances sur le traitement

Concernant les questions portant sur le traitement (émollient, DC) et sur les mesures d'hygiène et d'habillements et de soins la note moyenne était de 86,7% soit une progression de 45,5% par rapport à l'inclusion. **(Tableau VIII)**

La distinction entre l'émollient et le DC était faite dans 22 cas (100%) soit une progression de 45,5% par rapport à la note initiale.

La nécessité d'associer un émollient à un DC pour traiter la DA était connue dans 21 cas (95,5%) soit une progression de 45,5%.

❖ Au sujet des **émollients**, l'amélioration de connaissance la plus importante concernait :

- Le rôle de **création d'un film protecteur** était reconnu dans 22 cas (100%) contre 6 (27,2%) initialement (progression de 72,7%).
- L'**application sur une peau légèrement humide**, compétence acquise dans 21 cas (95,5%) contre 2 (9,1%) initialement (progression de 86,4%).

Était su:

- Leur **rôle hydratant** dans 22 cas (100%) soit une progression de 22,7%
- Leur **nécessité au traitement** de la DA dans 21 cas (95,5%) soit une progression de 50%
- Leur **application quotidienne** dans 21 cas (95,5%) soit une progression de 13,6%.

La **figure 7** l'impact de l'ETP sur l'évolution des connaissances sur les émollients et de leur modalité d'utilisation au cours de la DA.

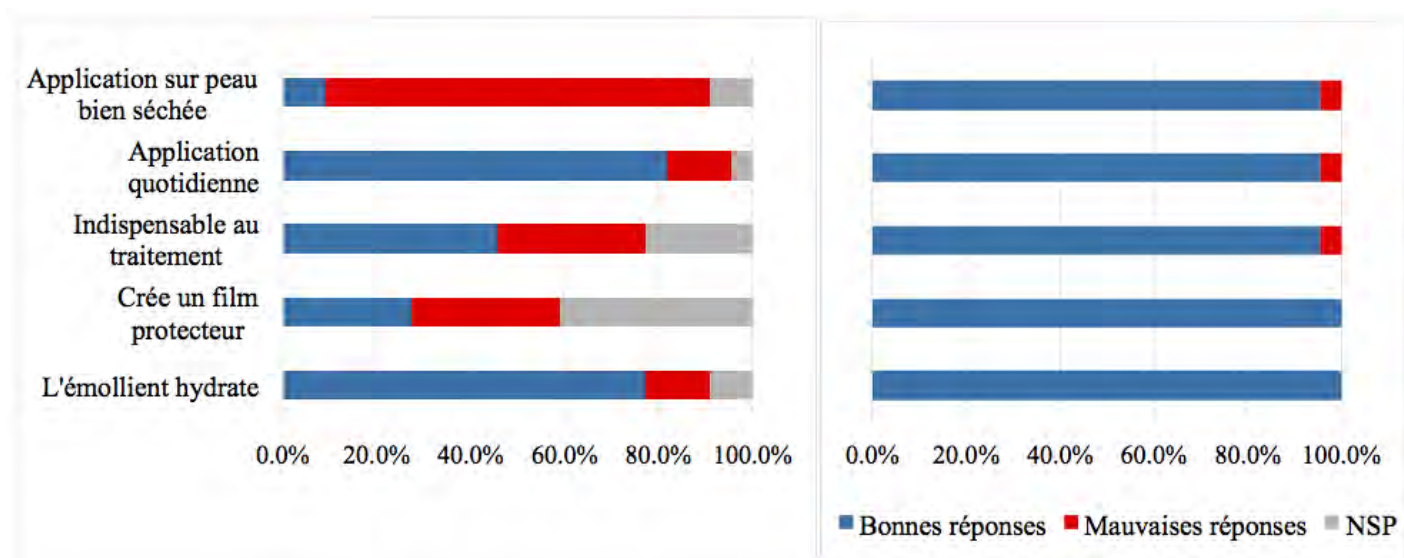


Figure 7: Impact de l'ETP sur la connaissance des émollients

❖ Concernant les **dermocorticoïdes (DC)**, était désormais compris :

- Leur utilisation **au cours des poussées** dans 21 cas (95,5%) soit une progression de 40,9%
- Leur **application uniquement sur les lésions** de DA dans 20 cas (90,9%) soit une progression de 18,2%
- Leur effet **bénéfique sur les démangeaisons** dans 20 cas (90,9%) soit une progression de 27,3%
- leur **caractère obligatoire au traitement de la DA** dans 18 cas (81,8%) soit une progression de 36,4%

L'indication des DC chez le nourrisson de moins de 6 mois atteint de DA était admise dans 4 cas (18,2%).

Les **effets secondaires** des DC étaient **considérés comme graves** dans 2 cas (9,1%) contre 16 (72,7%) parmi lesquels la **dépigmentation**, reconnue dans 20 cas (90,9%) et tous la savaient transitoire.

La **figure 8** l'impact de l'ETP sur l'évolution des connaissances des DC et de leur modalité d'utilisation au cours de la DA

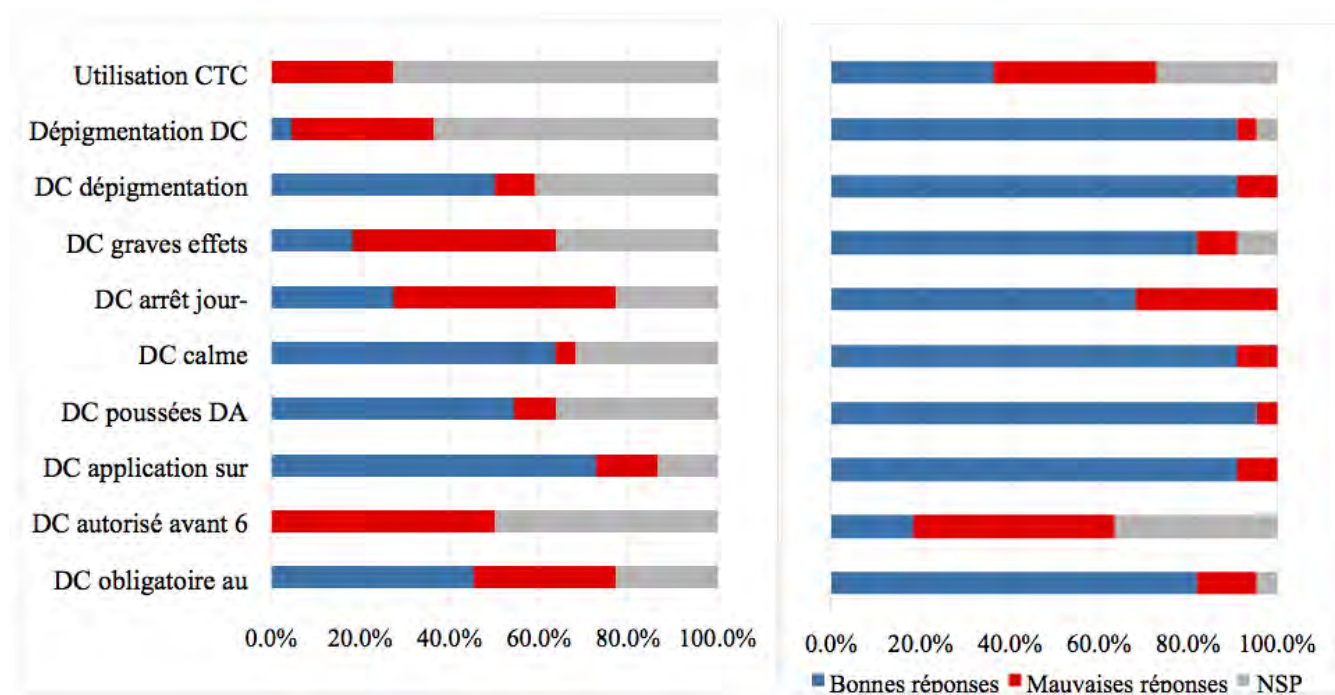


Figure 8: Impact de l'ETP sur les connaissances portant sur la corticothérapie

❖ Concernant les **mesures générales, d'hygiène, de soins et d'habillement**, était connue la contre-indication:

- des **environnements fortement climatisés** dans 22 cas (100%) soit une progression de 81,8%
- des **savons parfumés** dans 22 cas (100%) soit une progression de 40,9%
- des **frottements excessifs** au cours de la toilette dans 21 cas (95,5%) soit une progression de 54,4%
- des **bains chauds** dans 20 cas (90,9%) soit une progression de 72,7%

Était comprise l'importance :

- d'**aérer** fréquemment l'habitat dans 22 cas (100%) soit une progression de 31,8%.
- du **port de vêtements en coton** dans 21 cas (95,5%) soit une progression de 31,8%

La figure 9 illustre l'impact de l'ETP sur la connaissance des mesures générales, d'hygiène, de soin et d'habillement au cours de la DA.

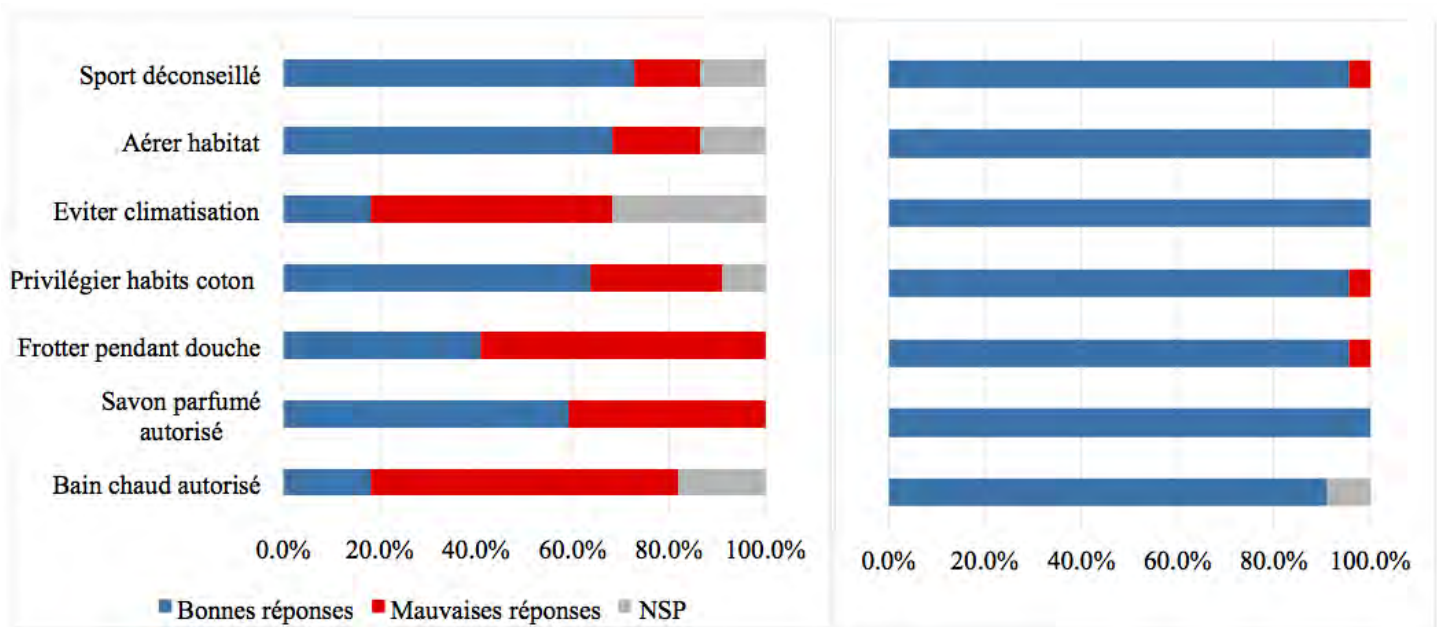


Figure 9: Impact de l'ETP sur la connaissance des mesures générales, d'hygiène, de soins et d'habillement.

3.2 Évaluation de la corticophobie

La comparaison au score TOPICOP obtenu lors du diagnostic éducatif permettait d'évaluer l'impact de l'ETP sur la corticophobie.

Le score moyen de corticophobie était de 30,6% soit une diminution du score de 41,6% par rapport à l'inclusion.

La répartition du score de corticophobie selon le sexe de la population éduquée est représentée dans le tableau XV.

Tableau XV: Répartition du score de corticophobie selon le sexe de la population éduquée

		Score moyen	Ecart relatif
Diagnostic éducatif	Femme	73.3%	
	Homme	70.8%	
Évaluation après l'ETP	Femme	31.7%	41.7%
	Homme	26.4%	44.4%

Le tableau XVI illustre la répartition du score de corticophobie selon le groupe d'inclusion.

Tableau XVI: Répartition du score de corticophobie selon le groupe d'inclusion

		Score moyen	Ecart relatif
Diagnostic éducatif	Parents enfants DA	73.1%	
	Adultes	73.1%	
Évaluation après l'ETP	Parents enfants DA	31.7%	41.4%
	Adultes	29.1%	44%

La corticophobie étaient due à :

- une peur des DC : 54,5% soit une diminution de 33,3% par rapport au TOPICOP initial
- des comportements inadéquats : 32,2% soit une réduction de 44,5%
- des connaissances erronées: 21,1% soit une diminution de 58,9%
- de fausses croyances : 15,6% soit une diminution de 31,1% par rapport à l'inclusion.

Les réponses au TOPICOP lors du diagnostic éducatif puis lors de l'évaluation sont modélisées sous forme d'un radar permettant de visualiser l'impact de l'ETP sur l'évolution de la corticophobie et sont illustrées par la figure 10.

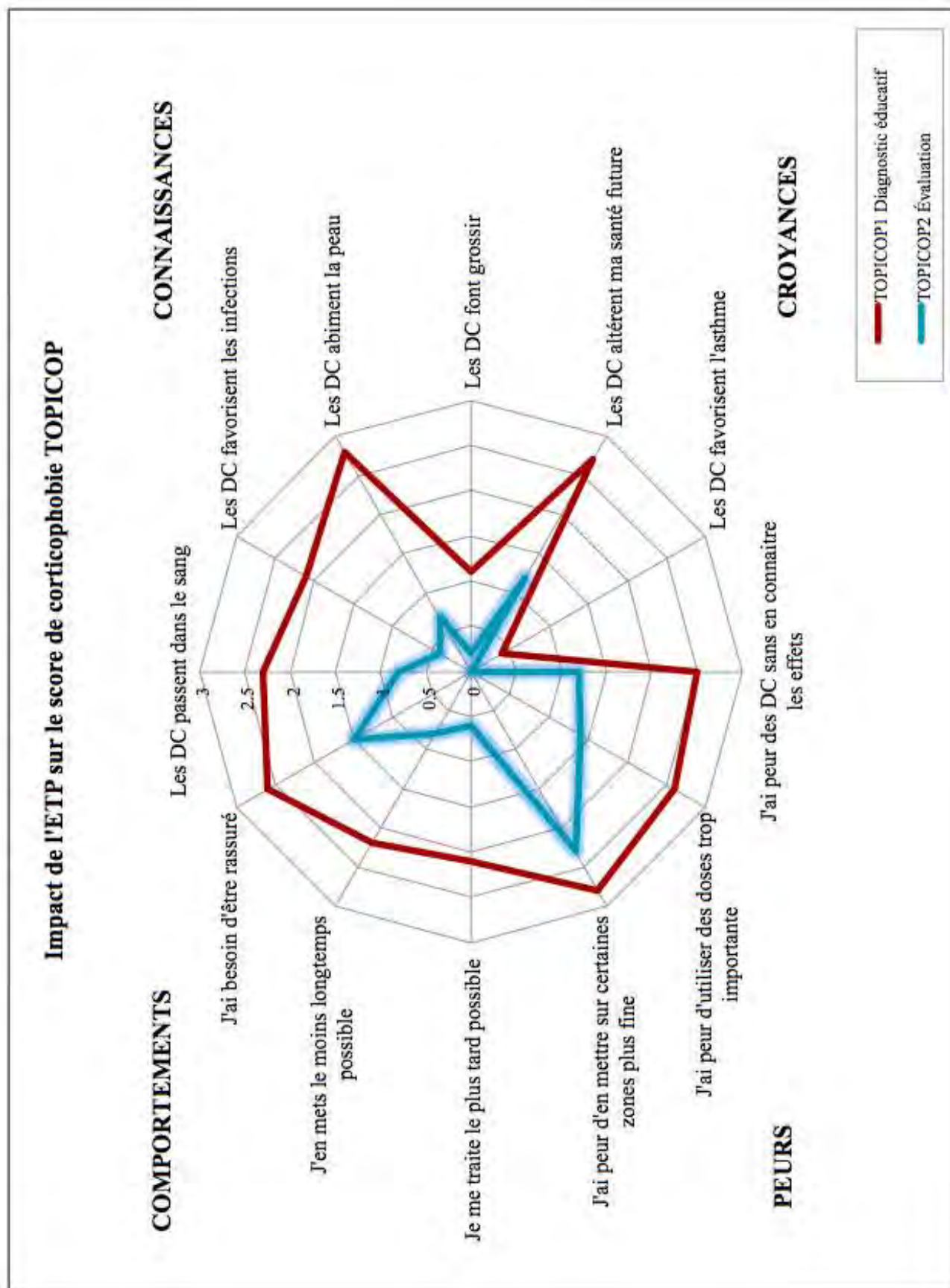


Figure 10: Impact de l'ETP sur la corticophobie.

3.3 Évaluation de l'ETP par les participants

3.3.1 Impact de l'ETP

Suite à l'intervention, les participants jugeaient que l'ETP leur avaient permis :

- d'améliorer leurs connaissances dans 22 cas soit 100%
- d'améliorer leurs compétences pratiques dans 22 cas soit 100%
- de changer leur perception de la maladie dans 21 cas soit 95,5% ;
- de devenir autonome dans la gestion de la maladie dans 21 cas soit 95,5%.

3.3.2 Questionnaire de satisfaction

Selon l'indice agrégé de satisfaction précédemment établi :

- Le taux global de satisfaction était de 90,9% (n=20), avec un indice de satisfaction supérieur à 2,5.
- Le niveau de satisfaction était indéterminé dans 2 cas.
- Aucun participant n'était insatisfait du programme d'ETP.

La satisfaction des participants quant à l'organisation, l'accueil, le contact avec l'équipe soignante et la qualité des outils éducatifs sont illustrée par la figure 11.



Figure 11: Satisfaction des participants à l'ETP

Les convocations ont été estimées :

- non contraignantes dans 17 cas soit 77,3%.
- contraignantes dans 4 cas soit 22,7%. Ainsi, l'organisation de cours théoriques en ligne en ne maintenant que les séances pratiques en présentiel ont été proposées. Une prise en charge plus importante des frais de transport a été demandée.

Aucun participant n'avait jugé trop longues les séances de 2 heures.

L'organisation des séances d'ETP au cours de jours non ouvrables (samedis) été suggéré dans 19 cas soit 86,4%.

3.3.3 Suggestions des participants à l'ETP

Les remarques colligées auprès des participants traduisent :

- l'importance d'accompagner une ordonnance par des explications
- l'importance d'utiliser un langage simple, des métaphores, des outils visuels kinesthésiques.
- l'importance de la démonstration des soins.
- l'importance du temps d'écoute accordé aux patients

Par ailleurs, certaines suggestions en sont ressorties, tel que :

- d'organiser des campagnes de sensibilisation et d'ETP dans les régions et villages
- de résumer les séances de cours sous forme de photocopiés, afin de leur permettre de réviser et de mieux expliquer à l'entourage.



DISCUSSION

III. DISCUSSION

Cette étude descriptive s'intégrait dans le cadre d'un projet pilote d'installation d'une école de l'atopie au Sénégal. Elle avait pour principaux objectifs d'évaluer les connaissances initiales sur la maladie et d'apprécier l'impact de l'ETP sur les acquisitions théoriques et pratiques des participants. Cette étude avait constitué la première évaluation d'une intervention éducative dans la dermatite atopique en Afrique subsaharienne.

Malgré certaines réticences et désistements des patients liées au contexte de pandémie COVID-19, nous avons pu montrer l'intérêt positif de l'ETP dans la prise en charge de la DA dans le service de dermatologie. Cette intervention éducative était basée sur les recommandations de l'HAS française, adaptées à la DA par le groupe français d'éducation thérapeutique en dermatologie (GET). Les limites de l'étude résident dans la courte période de suivi (6 mois) ne permettant pas d'avoir un recul suffisant pour évaluer l'impact de l'ETP sur l'activité de la maladie et sur la qualité de vie.

Présentation de la population d'étude

Sur 47 patients atteints de DA convoqués, 22 ont effectivement bénéficié du programme d'ETP. Cet échantillon recruté sur une période de 6 mois est représentatif au vue d'étude similaire. En effet, Dufresne et al. avait recruté 38 patient sur une période de 5 ans à l'hôpital Necker de Paris [21] et l'étude italienne de Ricci et al. avait inclus 30 patients en 3 ans [52]. Ce recrutement est d'autant plus significatif que la population d'étude représentait près de la moitié (46,8%) des 47 cas recensés au départ.

Notre échantillon était majoritairement constitué de parents d'enfants atteints de DA (54.5%). Ceci est en accord avec plusieurs auteurs ayant essentiellement recruté des couples parents-enfants. Dans une revue de la littérature concernant les expériences internationales dans l'ETP de la DA, les

participants étaient principalement des paires parents-enfants et les programmes éducatifs destinés aux patients adultes étaient moins fréquents [58] .

Cette prédominance d'écoles de l'atopie centrées sur l'enfant et l'adolescent serait soit en rapport avec une prévalence plus élevée de la DA chez cette population [62] ou à une plus facile inclusion des parents d'enfants souffrant des DA. En outre, la réticence des adultes souffrant de DA pour des séances d'ETP pourrait expliquer cela. Enfin, la tenue de la première séance un jour de semaine a pu en dissuader certains, comme en témoignait les 86,4% de participants jugeant préférable d'organiser les séances les samedis.

Dans notre étude, les enfants atteints de DA étaient majoritairement accompagnés par leurs mères (58,3%). Ceci est en concordance avec l'étude allemande de Schut et al. qui retrouvait une prévalence de mères à 94,5% [21] et avec l'étude italienne de Ricci et al. [52] qui rapportait leur présence dans 97,7% des cas.

Nécessité de l'ETP

Arguments cliniques

Bien que l'éducation thérapeutique s'adresse idéalement à tous les patients atteints de DA [17] , celle-ci était d'autant plus justifiée dans notre population au vu des signes manifestes de DA. En effet, celle-ci était symptomatique de type eczéma atopique (91%), kératose pileaire (n=1) et prurigo (n=1) avec un prurit constant altérant considérablement la qualité de vie (n=22). Une chronicité de la maladie était retrouvée chez l'ensemble des patients, avec une durée d'évolution de 1 à 5 ans (54,5%) voir supérieure à 5 ans (31,8%). Aussi d'autres équivalents atopiques étaient fréquemment associés (86,4%) et coexistaient chez un même patient dans plus de 3/4 des cas (77,3%). Le caractère étendu n'a pu être apprécié que chez 4 patients, l'aspect résolutif des lésions au moment de l'ETP pouvant expliquer ce faible taux.

Diagnostic éducatif

Dans notre étude, le diagnostic éducatif nous avait permis d'identifier un manque significatif de connaissances avec une note moyenne au questionnaire d'évaluation des connaissances faible de 36,7%. Plus de 8 patients sur 10 avaient une note inférieure à la moyenne (86,4%). Les notes faibles (63,7%) ou moyennes (22,8%) représentaient 3/4 des notes. Nos résultats sont similaires à ceux de Breur et al. en Allemagne, avec un score de 38,5% en moyenne [15]. En France, ce score était bas évalué à 8% [21]. Une étude serbe avait par contre rapporté un score de 79,2% [51] sans précision d'une notion d'ETP antérieure.

Les notes étaient légèrement variables selon le niveau d'instruction, inférieures dans le groupe de niveau primaire (34,9%) par rapport au groupe supérieur (36,8%) et secondaire (37,1%).

Le diagnostic éducatif avait mis en évidence un déficit de compréhension de la maladie (note moyenne de 47,2%), de ses traitements (note moyenne de 41,3%) et de ses facteurs favorisants (note moyenne de 24%).

Pour faire référence à la maladie, seul 27,3% utilisait la terminologie précise d'EA ou DA tandis que la majorité (54,5%) parlait de « Ndoxum siti ». Ce terme vague, est utilisé au Sénégal pour désigner toutes les dermatoses érythémato-squameuses sans aucune distinction entre mycoses, eczéma, syphilis ou autres [42]. Dans une récente étude menée dans notre service par E. Bougaire, 53,8% des 106 patients recrutés utilisait le terme de « Ndoxum siti » pour parler de la DA [14]. Les connaissances concernant la maladie étaient très faibles puisque une minorité des participants connaissait le spectre de l'atopie auquel appartient la DA (27,3%), sa chronicité (36,4%) l'« altération de la barrière cutanée » (22,5%) et l'existence d'une prédisposition génétique (36,4%). La maladie était considérée contagieuse dans 31,8% cas. La méconnaissance des complications à savoir le retentissement psychosocial (22,7%), la surinfection (27,3%) et l'érythrodermie (31,8%) était notée.

Concernant les facteurs favorisants, leur existence était reconnue par le plus grand nombre (77,3%) mais leur identification n'était que peu faite et n'était pas jugée nécessaire (59,1%). Les facteurs favorisants les plus souvent cités étaient certains aliments (59,1%) et le parfum (40,9%). Le port de textiles autres que le coton (31,8%) et la sécheresse cutanée (22,7%) étaient insuffisamment reconnus comme potentiels déclencheurs de poussées. Les facteurs favorisants les moins identifiés étaient le recours à la phytothérapie (13,6%), la fumée de cigarette (9,1%), l'encens (4,5%) et le stress (4,5%).

Concernant le traitement de la DA, seule la moitié des participants distinguait l'émollient et le DC en utilisant une terminologie exacte et non « petite et grande crème ». Environ un participant sur deux, ne considérait pas que les émoullients (45,5%) et les DC (45,5%) étaient indispensables au traitement de la DA. Cependant, les connaissances générales du rôle et de l'indication des topiques étaient globalement satisfaites, notamment au sujet de l'application quotidienne (81,8%) et le rôle hydratant (77,3%) des émoullients. Des lacunes quant à leur rôle de « création d'un film protecteur » (27,3%) ou leur application sur peau légèrement humide (9,1%) existaient. Une méfiance vis-à-vis des DC se faisait ressentir puisque tous les considéraient contre-indiqués chez le nourrisson (100%) et la moitié les disait pourvoyeurs de graves effets secondaires (45,5%).

Ceci était corroboré par l'existence d'une corticophobie retrouvée chez 50% des participants à notre étude. Son évaluation rendue possible par la standardisation et la validation du score TOPICOP est importante à réaliser, car il s'agit d'un phénomène capable de limiter l'adhésion thérapeutique [4,45] .

Dans une revue systématique de la littérature parue en 2017, la corticophobie variait de 21% à 83,7%, la plus faible prévalence étant celle de l'étude croate de Kotrulja et al. [38] et la plus élevée étant celle de l'étude japonaise de Fukaya [29] . Le taux de corticophobie était de 43,7% dans l'étude chinoise de Hon et al. [35] , de 64% dans l'étude norvégienne de Gustavsen and Gjersvik [32] et de

80,7% dans l'étude française de Aubert-Wastiaux et al. [3] .

Dans notre étude, la prévalence de la corticophobie était supérieure chez les femmes (81,8%). Un constat similaire avait été fait par d'autres études internationales, avec un nombre plus important de femmes corticophobes dans 57,8 % des cas dans l'étude suisse de Muller et al. [46] et dans 57,5% des cas dans l'étude singapourienne de Choi et al. [18] .

Aussi, la prévalence de la corticophobie était supérieure chez les parents d'enfants (63,6%). Dans une étude française de 2011, Aubert-Wastiaux et al. rapportaient que plus l'enfant était jeune plus le risque que les parents soient corticophobes était important [3] .

Les origines de cette corticophobie étaient variées. Un participant sur 3 évoquait la crainte d'effets secondaires tel que l'altération de la peau (93,3%), le passage systémique (76,7%) ou la favorisation d'infections (70%). La méconnaissance des modalités d'utilisation des DC était évoquée comme un frein à leur utilisation, en particulier en terme de quantité (86,7%) et de durée (73,3%) ou leur utilisation sur des zones de peau plus fines (76,7%). Le besoin d'être rassuré vis à vis du traitement par DC était exprimé dans 86,7% des cas.

La connaissance des mesures générales était hétérogène mais toujours insuffisante, la majorité ne considérant pas les savons parfumés (40,9%), les frottements (59,1%), les bains chauds (81,8%) comme contre-indiqués.

L'incapacité à gérer seul la maladie sans aide médicale était notée chez tous les patients, alors que le besoin en autonomie dans la prise en charge se faisait ressentir chez 63,6%. Le désir d'acquisition de connaissances et de compétences nécessaires à la gestion de la DA au quotidien s'exprimait chez tous.

Par ailleurs, le déficit d'explications de la part du médecin traitant était la principale plainte des participants (77%). En 2003, Cork et al. concluait que l'intervention la plus importante dans la prise en charge de l'eczéma atopique était de passer du temps à écouter et à expliquer les causes de la maladie et à montrer comment appliquer les traitements topiques [20] .

Évaluation de l'ETP

L'ETP a eu un impact considérable sur les connaissances théoriques et pratiques des participants. Une progression statistiquement significative ($p=0,000$) globale et par sous-thèmes était observée avec une note moyenne globale passant de 36,7% à 85,1%, de 47,2% à 89,2% pour la maladie de 24% à 80,4% pour les facteurs favorisants et de 41,3% à 86,7% pour le traitement.

En plus de cette progression notable, les performances individuelles étaient très encourageantes, puisque la tendance générale était représentée par des notes initialement comprises entre 30-50% (faibles-moyennes) et améliorée à 80-90% (bonne-très bonne) et qu'aucune note n'était inférieure à la moyenne. Ces résultats favorables ont été corroborés par les participants, qui jugeaient tous d'une amélioration des connaissances et des compétences pratiques (100%).

Le niveau d'étude n'avait pas d'influence sur les acquisitions puisque les notes finales étaient de 79,4% pour le groupe de niveau secondaire, de 86,5% pour le groupe de niveau primaire et 88,8% pour le groupe de niveau supérieur. Un constat similaire était fait par Breur et al. qui à travers son étude menée sur 274 cas montrait que le niveau d'instruction n'était pas corrélé à la progression induite par les séances d'ETP [15] .

La progression plus importante pour le groupe de niveau primaire (58,7%) pouvant s'expliquer par un plus faible niveau de départ (34,9%) ou par un intérêt plus marqué chez cette population. Ceci serait en adéquation avec l'étude allemande de Schut et al. qui avait montré que les parents bénéficiant de peu de soutien social étaient ceux particulièrement intéressés à participer à des programmes d'ETP [55] .

L'amélioration et l'homogénéisation des notes finales confortent de la qualité de cet ETP et de l'adéquation des outils pédagogiques employés.

Impact de l'ETP sur la connaissance de la maladie et de ses facteurs favorisants

À la suite de l'ETP, la terminologie précise de EA ou de DA sans allusion au terme de « Ndoxum siti » a pu être énoncée par tous les participants. La connaissance du diagnostic précis a permis aux participants un gain d'assurance leur permettant de mieux appréhender et de mieux s'informer au sujet de la DA mais également pouvoir en parler, l'expliquer à son entourage et contourner les médecines alternatives.

L'impact de l'ETP sur les connaissances de la maladie (étiopathogénie, clinique, évolution, complication) s'était traduit par une augmentation de 48,4% de la note initiale. Le spectre de l'atopie dont fait partie la DA, peu connu initialement (27,3%) l'était dans 95,5% des cas, tandis que la connaissance d'une « altération de la barrière cutanée » était passée de 22,5% à 90,9%. La maladie était considérée chronique dans 95,5% des cas et à prédisposition génétique dans 86,4%.

L'ETP a eu pour effet d'améliorer les connaissances sur les facteurs favorisants avec une augmentation de 56,4% de la note de départ. Les facteurs favorisants les plus identifiés (95,5%) étaient les produits parfumés, les textiles autres que le coton et la xérose. Étaient évoqués l'encens (86,4%) la fumée de cigarette (81,8%) et le stress (72,7%) alors que très peu identifiés initialement.

L'impact néfaste de certaines phytothérapies était identifié dans 77,3% à la suite de l'intervention thérapeutique contre seulement 13,6% au départ. Ce gain est considérable d'autant plus que la phytothérapie constitue le premier recours chez 80% de la population sénégalaise et à l'origine de complications de dermatoses préexistantes en érythrodermie [43] . La sensibilité au phénomène toxique chez les sujets atopiques et l'immunoallergénicité de ces dernières renforce la nécessité de cette ETP [47,48]

Impact de l'ETP sur la compréhension du traitement de la DA et la réalisation des soins à domicile

L'ETP avait également eu un impact sur les connaissances du traitement et sur la réalisation des soins à domicile comme en témoigne l'augmentation de 45,4% de la note de départ.

La distinction entre émollients et DC était faite par tous les participants. Concernant les émollients, ils évoquaient leur rôle hydratant (100%), la nécessité d'une application quotidienne (95,5%) et reconnaissaient qu'ils étaient indispensables au traitement de la DA dans 95,5% contre 45,5% initialement. Dans une étude randomisée chinoise menée par Liang et al. [39], des résultats similaires étaient retrouvés, puisque avant l'ETP 9,79% des participants avaient jugé les émollients comme indispensables et que 60,85% savaient qu'ils devaient être appliqués quotidiennement et après l'ETP ces pourcentages avaient respectivement augmenté à 52,34% et 89,36%. Cette amélioration de connaissance était significativement supérieure au groupe contrôle n'ayant pas reçu d'ETP [39]. La progression la plus importante concernait leur rôle de « film protecteur » dans 100% des cas (contre 27,2%) et de leur application sur une peau encore humide dans 95,5% (contre 9,1% initialement). L'utilisation d'outils visuels comme celui d'outil kinesthésique de la boîte et l'emploi des métaphores préalablement expliqués avait permis ces acquisitions.

Par contre, l'amélioration de la connaissance sur les DC était moins significative bien que la majorité ait compris leur nécessité au traitement de la DA (81,8% contre 45,4% initialement). Seul 18,2% considérait qu'ils pouvaient être utilisés chez le nourrisson. La progression peu significative des réponses à cet item semble traduire une réticence à l'utilisation des DC toujours ancrée malgré l'intervention thérapeutique.

Ce constat est conforté par l'expression, dans la moitié des cas, du besoin d'être rassuré vis-à-vis du traitement par DC. L'analyse du score de corticophobie (TOPICOP) montrait que malgré une amélioration des

connaissances (21,1%) et des croyances (15,6%) se traduisant par des scores bas pour ces dimensions, la réduction des peurs (54,5%) et des comportements erronés (32,2%) était minime. Leur persistance constitue un obstacle considérable dans la PEC de la DA et devrait être vaincue par le renforcement du nombre de séances et l'amélioration des outils éducatifs portant sur cet objectif. Pour ce faire, la cartelette « l'unité phalange » ou le conte « Petit tube mène l'enquête », supports proposés par la Fondation Eczéma, sont des outils intéressants en complément de la démonstration des soins [27,28,40,49] . À Singapour l'étude de Choi et al. menée en 2020 notait que malgré l'amélioration des connaissances sur les DC (17,8%) , une réduction significative de la peur (4,8%) n'avait pas été obtenue [19] . Un renforcement de la relation de confiance avec le patient ou sa famille et le recours aux anecdotes ont été suggérés par certains auteurs, les humains réagissant d'avantage aux histoires qu'aux données [23,36] .

L'ETP a permis un gain d'autonomie dans 95,5% des cas. De la même manière, les 50 familles ayant bénéficié de séances d'ETP dans le cadre de l'étude britannique de Paterson et al. ont tous déclarés être plus confiants à prendre en charge leur maladie [50] . Ceci représente un impact majeur de l'ETP, puisque l'autonomisation du patient ou de son entourage constitue l'essence même de ce type de programme.



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Cette étude s'intégrait dans le cadre d'un projet pilote d'installation de l'école de l'atopie au Sénégal, première en Afrique Subsaharienne. Notre travail a mis en exergue la nécessité de la mise en place de programmes d'ETP et l'importance de les inclure au parcours de soins de la DA. L'ETP était d'autant plus justifiée que la DA était chronique (100%) et associée à d'autres équivalents atopiques (86,4%).

Le diagnostic éducatif avait permis de mettre en évidence un déficit de connaissances sur la maladie, se traduisant par une note moyenne globale de 36,7% au questionnaire d'évaluation. La corticophobie était fréquente (50%) en particulier chez les femmes (81,8%) et les parents d'enfants (63,6%) avec une moyenne de 72,2% au score TOPICOP.

L'évaluation de l'intervention éducative montrait que de l'ETP avait permis une amélioration statistiquement significative ($p=0,000$) des connaissances avec une note moyenne globale de 85,1% au questionnaire correspondant. L'acquisition de connaissances théoriques et de compétences pratiques (100%) avait permis une autonomisation des participants (95,5%). Grâce à l'ETP, la terminologie précise de EA ou DA avait remplacé le terme « Ndoxum siti » qui en était initialement la principale appellation. Les participants étaient désormais capables d'expliquer le spectre de l'atopie (95,5%), la chronicité (95,5%) ou l'altération de la barrière cutanée (90,9%). Ils évoquaient le parfum et la xérose (95,5%), l'encens (86,4%), la fumée de cigarette (81,8%) ou encore le stress (72,7%) comme des facteurs favorisant et comprenaient l'importance de les identifier afin de mieux contrôler l'environnement du malade et de limiter le recours à la phytothérapie et le matraquage thérapeutique. Si l'ETP a permis une distinction entre émollient et DC en plus d'identifier leur rôle et indications, elle a de même eu pour effet de diminuer le degré de corticophobie des participants avec une moyenne de 30,6% au score TOPICOP. Cependant, malgré l'amélioration des connaissances (21,1%) et des croyances (15,6%) relatives au DC, la réduction des peurs

(54,4%) et des comportements erronés (32,2%) quant à leur utilisation étaient moins significatives.

Au terme de cette étude, les participants étaient satisfaits de l'ETP aussi bien de ses aspects organisationnels que du contenu de son programme. Ils suggéraient d'organiser les séances au cours de jours non ouvrables.

Les résultats encourageants de cette étude préliminaire d'intervention thérapeutique nous réconfortent dans la méthodologie employée. A l'issu de cette étude, nous formulons ces recommandations :

Aux autorités :

- De promouvoir les écoles d'éducation thérapeutique pour les maladies chroniques
- D'intégrer l'ETP dans le parcours de soins
- De soutenir financièrement les ETP

Aux personnels de santé :

- De les sensibiliser sur l'importance d'adresser précocement les malades vers un programme d'ETP

Aux éducateurs :

- De vulgariser l'ETP à l'échelle nationale.
- D'organiser les ETP les jours non ouvrables
- De multiplier le nombre de séances par groupe d'intervention
- De poursuivre les études pour évaluer l'impact de l'ETP sur l'activité de la maladie et sur la qualité de vie.



RÉFÉRENCES

1. Ac ZB, Kouotou E, Defo D, Ka N, Koueke P, Muna W.

Épidémiologie des Dermatoses à l' Hôpital Général de Yaounde. 2009;10.

2. Amat F, Paluel-Marmont C, Lambert N, Bourgoïn-Heck M, Just J.

Atopic dermatitis alongside other atopic diseases: The first stage of atopic multi-morbidity syndrome? A literature review. Rev Fr Allergol. 2019;59(3):110–2.

3. Aubert-Wastiaux H, Moret L, Le Rhun A, Fontenoy AM, Nguyen JM, Leux C.

Topical corticosteroid phobia in atopic dermatitis: A study of its nature, origins and frequency. Br J Dermatol. 2011;165(4):808–14.

4. Aubert H, Stalder J-F, Moret L, Barbarot S.

Corticophobie dans la dermatite atopique : étude internationale de validation du score TOPICOP. Ann Dermatol Venereol. 2016;143(12, Supplement):S140–1.

5. Seck B, Ly F, Ndiaye MTD, Diouf A, Diop A, Fall F, Hakim H, Bouksani S, Kane A, Sall ND.

Profil épidémio-clinique des affections cutanées à l'Institut d'hygiène sociale de Dakar : étude portant sur 12 390 patients sur une période de 1 an. Ann Dermatologie Vénérologie. 2016;143(12):S145.

6. Barbarot S.

Current opinion on the therapeutic education of patients with atopic dermatitis. Ann Dermatol Venereol. 2017;144(10):645–8.

7. Barbarot S, Aubert H.

Physiopathologie de la dermatite atopique. Ann Dermatol Venereol. 2017;144:S14–20.

8. Barbarot S, Gagnayre R, Bernier C, Chavigny J-M, Chiaverini C, Lacour J-P.

Dermatite atopique : un référentiel d'éducation du malade. *Ann Dermatol Venereol.* 2007;134(2):121–7.

9. Barbarot S, Stalder JF.

Therapeutic patient education in atopic eczema. *Br J Dermatol.* 2014;170(SUPPL. 1):44–8.

10. Barbarot S, Bernier C, Deleuran M, De Raeve L, Eichenfield L, El Hachem M.

Therapeutic patient education in children with atopic dermatitis: Position paper on objectives and recommendations. *Pediatr Dermatol.* 2013;30(2):199–206.

11. Beattie PE, Lewis-Jones MS.

Parental knowledge of topical therapies in the treatment of childhood atopic dermatitis. *Clin Exp Dermatol.* 2003;28(5):549–53.

12. Bieber T.

How to Define Atopic Dermatitis? *Dermatol Clin.* 2017;35(3):275–81.

13. Bieber T.

Atopic dermatitis. *Annals of Dermatology.* 2010.

14. Bougaire E.

Expression phénotypique de la dermatite atopique chez le noir africain au service de dermatologie de l'Hôpital Aristide le Dantec. *Mémoire DES UCAD;* 2020.

15. Breuer K, Matteredne U, Diepgen TL, Fartasch M, Gieler U, Kupfer J.
Predictors of benefit from an atopic dermatitis education programme. *Pediatr Allergy Immunol.* 2014;25(5):489–95.

16. Chavigny, J.-M., Adiceom F, Bernier C, Debons M, Stadler JF.
École de l’atopie, évaluation d’une expérience d’éducation thérapeutique chez 40 malades. *Ann Dermatol Venereol.* 2002;129(164588):1003–7.

17. Chavigny J-M.
Place de l’éducation thérapeutique dans le traitement de la dermatite atopique de l’enfant. *Ann Dermatologie Vénérologie.* 2005;(132):1S116-20.

18. Choi E, Chandran NS, Tan C.
Corticosteroid phobia: A questionnaire study using TOPICOP score. *Singapore Med J.* 2020;61(3):149–53.

19. Choi E, Tan KW, Tang F, Tan C, Chandran NS.
Efficacy of targeted education in reducing topical steroid phobia: A randomized clinical trial. *J Am Acad Dermatol.* 2020;83(6):1681–7.

20. Cork MJ, Britton J, Butler L, Young S, Murphy R, Keohane SG.
Comparison of parent knowledge, therapy utilization and severity of atopic eczema before and after explanation and demonstration of topical therapies by a specialist dermatology nurse. *Br J Dermatol.* 2003;149(3):582–9.

21. Dufresne H, Bekel L, Compain S, Deladrière E, Bellon N, Bodemer C.
Efficiency of a therapeutic patient education programme in children with severe atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2020;34(10):648–51.

22. Ezzedine K, Kechichian E.

Epidemiology of atopic dermatitis. *Ann Dermatol Venereol*. 2017;144:VS4–7.

23. Feldman SR, Huang WW.

Steroid phobia isn't reduced by improving patients' knowledge of topical corticosteroids. *J Am Acad Dermatol*. 2020;1–2.

24. Fofana Y, Traore B, Dicko A, Faye O, Berthe S, Cisse L.

Profil épidémio-clinique 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;25:1–6.

25. Fondation Eczéma.

L'eczéma book [Internet].

Available from: <https://www.fondationeczema.org/sites/default/files/2020-06/chevalet-eczema-book.pdf>

26. Fondation Eczéma.

Liste des centres d'éducation thérapeutique [Internet].

Available from: <https://www.fondation-dermatite-atopique.org/cs/node/19>

27. Fondation Eczéma.

Cartelette "L'unité phalangette" [Internet].

Available from: <https://www.fondationeczema.org/sites/default/files/2020-11/cartelette-double-unite-phalangettte-210x74mm-ouvert-VF.pdf>

28. Fondation Eczéma.

Outil conte “ Petit tube mène l’enquête” [Internet].

Available from: <https://www.fondationeczema.org/sites/default/files/2020-06/petit-tube-mene-l-enquete.pdf>

29. Fukaya M.

Why do patients with atopic dermatitis refuse to apply topical corticosteroids? *Dermatology*. 2000;201(3):242–5.

30. Grillo M, Gassner L, Marshman G, Dunn S, Hudson P.

Pediatric atopic eczema: The impact of an educational intervention. *Pediatr Dermatol*. 2006;23(5):428–36.

31. Guilbert JJ.

Therapeutic patient education. *Educ Heal*. 2000;13(3):419.

32. Gustavsen H, Gjersvik P.

Topical corticosteroid phobia among parents of children with atopic dermatitis in a semirural area of Norway. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2016;30(1):167–8.

33. Hanifin JM, Rajka G.

Diagnostic features of AD. Vol. Suppl 92, *Acta Dermatovener* (Stockholm). 1980. p. 44–7.

34. Haute Autorité de Santé.

Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation. 2007;4(1):39–43.

35. Hon KL, Tsang YCK, Pong NH, Luk DCK, Lee VW, Woo WM.

Correlations among steroid fear, acceptability, usage frequency, quality of life and disease severity in childhood eczema. *J Dermatolog Treat.* 2015;26(5):418–25.

36. Johnson MC, Pona A, Adler-Neal AL, Kesty C, Cline A, Feldman SR.

Assessing the Effect of Clinical Trial Evidence and Anecdote on Caregivers' Willingness to Use Corticosteroids: A Randomized Controlled Trial. *J Cutan Med Surg.* 2020;24(1):17–22.

37. Keita F.

Profil épidémiologique des dermatoses : réalisé au service de Dermatologie de l'Hôpital Aristide Le Dantec portant sur 1012 cas sur 6 mois. Mémoire DES UCAD, Dakar; 2017.

38. Kotrulja L, Milavic T, Bulic SO, Šitum N. N, Konsuo AB, Muršić I.

Importance of educational intervention and parental knowledge on atopic dermatitis in children. *Acta Clin Croat.* 2016;55(1):29–34.

39. Liang Y, Tian J, Shen CP, Xu F, Wang H, Li P.

Therapeutic patient education in children with moderate to severe atopic dermatitis: A multicenter randomized controlled trial in China. *Pediatr Dermatol.* 2018;35(1):70–5.

40. Long CC, Mills CM, Finlay AY.

A practical guide to topical therapy in children. *Br J Dermatol.* 1998;138(2):293–6.

41. Look AE, Mahdavinia M.

Health Disparities in Allergic Diseases. Health Disparities in Allergic Diseases. 2020.

42. Ly F.

Dermatologie moderne et médecine alternatives : Soigner le Ndoxum siti au Sénégal. L'Harmatta. 2016.

43. Diallo M, Diadie S, Diatta BA, Diop A, Ndiaye MTD, Ndiaye M, Seck B, Deh A, Diop K, Ly F.

Acquired Erythroderma in Adults in Senegal: Epidemiological and Etiological Aspects. Dermatology Case Reports. 2017;02(02):3–5.

44. Kaloga M, Kouassi YI, Kourouma S, Ecra EJ, Gbery IP, Gbandama KPP, Allou AS, Ahogo KC, Kassi K, Kouassi KA, Kouamé K, Sangaré A, Yobouet P.

Aspects épidémiologique et clinique des patients vus en consultation de dermatologie du CHU de Treichville. Ann Dermatologie Vénérologie. 2016;143(4):S36.

45. Moret L, Anthoine E, Aubert-Wastiaux H, Le Rhun A, Leux C, Mazereeuw-Hautier J, et al.

TOPICOP©: A New Scale Evaluating Topical Corticosteroid Phobia among Atopic Dermatitis Outpatients and Their Parents. PLoS One. 2013;8(10):8–13.

46. Müller SM, Tomaschett D, Euler S, Vogt DR, Herzog L, Itin P.

Topical Corticosteroid Concerns in Dermatological Outpatients: A Cross-Sectional and Interventional Study. Dermatology. 2016;232(4):444–52.

47. Niang SO, Tine Y, Diatta BA, Diallo M, Fall M, Seck NB, Kane A.

Negative cutaneous effects of medicinal plants in Senegal. *Br J Dermatol*. 2015;173(2):26–29.

48. Niang SO.

Peau et plantes traditionnelles africaines. Cours du GERDA John Libbey Euro Text Paris. 2012: 83-94.

49. Oishi N, Iwata H, Kobayashi N, Fujimoto K, Yamaura K.

A survey on awareness of the “finger-tip unit” and medication guidance for the use of topical steroids among community pharmacists. *Drug Discov Ther*. 2019;13(3):128–32.

50. Paterson W ML.

Education about eczema. *Dermatol Pr*. 1995;3:10–11.

51. Reljić V, Gazibara T, Nikolić M, Zarić M, Maksimović N.

Parental knowledge, attitude, and behavior toward children with atopic dermatitis. *Int J Dermatol*. 2017;56(3):314–23.

52. Ricci G, Bendandi B, Aiazzi R, Patrizi A, Masi M.

Three years of italian experience of an educational program for parents of young children affected by atopic dermatitis: Improving knowledge produces lower anxiety levels in parents of children with atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol*. 2009;26(1):1–5.

53. Ring J, Alomar A, Bieber T, Deleuran M, Fink-Wagner A, Gelmetti C.

Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part II. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2012;26(9):1176–93.

54. Baghou S, Bensaad D, Taieb A, Ammar-Khodja A.

Prévalence et profil clinique de la dermatite atopique en Algérie. *Ann Dermatol Venereol*. 2012;3751(1012):B1–350.

55. Schut C, Mahmutovic V, Gieler U, Kupfer J.

Patient education programs for childhood atopic dermatitis: who is interested? *J Dtsch Dermatol Ges*. 2012 Sep;10(9):657-61. English, German.

56. Staab D, Diepgen TL, Fartasch M, Kupfer J, Lob-Corzilius T, Ring J.

Age related, structured educational programmes for the management of atopic dermatitis in children and adolescents: Multicentre, randomised controlled trial. *Br Med J*. 2006;332(7547):933–6.

57. Staab D, Von Rueden U, Kehrt R, Erhart M, Wenninger K, Kamtsiuris P.

Evaluation of a parental training program for the management of childhood atopic dermatitis. *Pediatr Allergy Immunol*. 2002;13(2):84–90.

58. Stalder JF, Bernier C, Ball A, De Raeve L, Gieler U, Deleuran M.

Therapeutic patient education in atopic dermatitis: Worldwide experiences. *Pediatr Dermatol*. 2013;30(3):329–34.

59. Torres T, Ferreira EO, Gonçalo M, Mendes-bastos P.

Update on Atopic Dermatitis A Dermatite Atópica em Revisão. *Orden Dos Médicos*. 2019;32(9):606–13.

60. Wenninger K, Kehrt R, von Rüden U, Lehmann C, Binder C, Wahn U.

Structured parent education in the management of childhood atopic dermatitis: The Berlin model. *Patient Educ Couns*. 2000;40(3):253–61.

61. Williams HC, Burney PG, Pembroke AC, Hay RJ.

The U.K. Working Party's Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis. III. Independent hospital validation. Br J Dermatol. 1994 Sep;131(3):406-16.

62. Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, Christen-Zaech S, Deleuran M, Fink-Wagner A.

Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I. J Eur Acad Dermatology Venereol. 2018;32(5):657–82.

63. Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, Christen-Zaech S, Deleuran M, Fink-Wagner A.

Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part II. J Eur Acad Dermatology Venereol. 2018;32(6):850–78.



ANNEXES

Annexe 1 : Critères diagnostiques de la dermatite atopique selon la UK Working Party

1. Critère obligatoire

- (1) Dermatose prurigineuse

2. Critères associés (trois sont nécessaires)

- (1). Antécédents personnels d'eczéma au niveau des plis de flexion (plis de flexion des coudes et des genoux, face antérieure des chevilles, cou) et/ou au niveau des joues chez les enfants de moins de 10 ans
- (2). Antécédents personnels d'asthme ou de rhinite allergique (ou antécédents d'asthme, de rhinite allergique ou de dermatite atopique chez un parent au premier degré chez l'enfant de moins de 4 ans)
- (3). Antécédents de peau sèche généralisée (xérose) au cours de la dernière année
- (4). Eczéma des grands plis (ou eczéma des joues, du front et des convexités des membres chez l'enfant de moins de 4 ans)
- (5). Début des signes cutanés avant l'âge de 2 ans (critère utilisable uniquement chez les enfants de plus de 4 ans)

Annexe 2 : Critères diagnostiques de la dermatite atopique selon Hanifin and Rajka

➤ Critères majeurs (3 au minimum)

Prurit

Morphologie eczémateuse typique et répartition des eczémas des plis de flexion chez l'adulte, affection du visage et des faces d'extension extérieures chez le nourrisson et l'enfant en bas âge

Evolution chronique ou chronique récidivante

Anamnèse propre ou familiale favorable à l'atopie (asthme bronchique, rhinoconjonctivite allergique, dermatite atopique)

➤ Critères mineurs (3 au minimum)

Xérose

Tests cutanés de type immédiat positifs

Taux plasmatique d'IgE augmenté

Tendance à des infections cutanées (Staphylococcus aureus, Herpes simplex)

Ichthyose, hyperlinéarité palmaire

Eczéma chronique du pied (atopic feet)

Eczéma chronique de la main

Signe de Hertoghe (éclaircissement des sourcils latéraux)

Double ride palpébrale (Dennie-Morgan)

Eczéma mamelonnaire

Chéilite

Pityriasis alba

Intolérance aux produits alimentaires

Intolérance à la laine

Démangeaisons à la sudation

Dermographisme blanc

Annexe 3 : Fiche outil adulte « Comment appliquer l'émollient ? »

Comment appliquer l'émollient ?

Le massage avec un émollient permet à la fois un assouplissement cutané renforcé et un effet relaxant d'où une meilleure acceptabilité du traitement.

Il est recommandé d'appliquer l'émollient en quantité suffisante, en le chauffant entre les mains bien propres, afin d'effectuer de larges mouvements circulaires.

ATTENTION

- Ne jamais appliquer un émollient sur une peau lésée et suintante
- Ne pas frictionner la peau pour ne pas l'irriter
- Il est indispensable de se laver les mains avant chaque application



Les membres inférieurs

On commence par le massage des jambes, en lissant de la cheville vers le haut de la cuisse, de l'arrière vers l'avant.



Les membres supérieurs

On masse ensuite les bras en remontant du poignet jusqu'aux aisselles, puis terminer par les mains en commençant par les doigts jusqu'aux poignets.



Le tronc

Poser les mains bien à plat au bas du ventre et remonter vers le cou avec des mouvements circulaires.



Le dos

Une fois à la hauteur du cou, les mains descendent le long des épaules par un mouvement enveloppant et prendre l'enfant pour l'asseoir, en plaçant la tête contre votre épaule. On va pouvoir ainsi masser le dos en posant les mains en bas du dos et en remontant vers la nuque jusqu'aux oreilles si nécessaire.



Le visage

Après avoir chauffé la crème sur le bout des doigts, poser les doigts à plat sur le haut du front, descendre sur les tempes et revenir sur le nez en glissant sous les yeux. Puis, descendre sur les ailes du nez, sur les joues jusqu'au menton.

Le soir, on pourra masser les pieds, pour un effet relaxant en commençant par le dessus du pied pour remonter vers chaque orteil.

Très rapidement, votre enfant pourra reproduire ces gestes.

Remerciements à Joelle Nonni et Marie - Ange Martincic de la Station Thermale d'Avène



Annexe 4 : Fiche-outil enfant « Comment appliquer ta crème hydratante »

Comment appliquer ta crème hydratante

J'ai de l'eczéma et j'ai la peau sèche. Qu'est-ce que je dois faire ?

La crème émolliente hydrate, nourrit et reconstruit ta peau

Tu peux en mettre sur tout le corps, sauf sur les plaques rouges et suintantes d'eczéma

Pour commencer, pense à te laver les mains

Mets dans ta main une bonne dose de crème

Chauffe la crème en frottant doucement tes deux mains

Elle s'étalera mieux sur ta peau ensuite

En formant des cercles, applique ta crème sur tes 2 joues sans frotter

Pense à mettre la crème tout autour de ton cou

N'oublie pas les bras

Le ventre et les jambes

Fais toi aider pour le dos

Sur les plaques rouges et suintantes d'eczéma, applique ton dermocorticoïde

ILLUSTRATIONS: VINCE D'AVANT - REPRODUCTION: PFEIFFER

Fondation pour la Dermatite Atopique - Recherche et Education
www.fondation-dermatite-atopique.org

Annexe 5 : Fiche-outil enfant « Comment appliquer ton dermocorticoïde »

Comment appliquer ton dermocorticoïde



A quel moment de la journée ?

Tous les jours, une fois
par jour. Plutôt le soir
après la toilette



Jusqu'à quand ?

Jusqu'à disparition
complète des rougeurs suivant
la prescription du médecin

Cela peut prendre
1 à 3 semaines



Où ça ?

Uniquement sur les plaques
rouges d'eczéma

Pour le visage, utilise le dermocorticoïde adapté que t'a prescrit le médecin



Et si ça recommence ?

Il faudra reprendre le traitement dès l'apparition des rougeurs



Mets ta crème émolliente sur le restant du corps

Annexe 6 : Exemple de compétences à acquérir au cours de la DA d'après un référentiel proposé par Barbarot et al. [8]

Compétence	Niveau d'acquisition
Nommer la maladie	Acquis non acquis o _____ 10
Expliquer l'eczéma	Acquis non acquis o _____ 10
Reconnaître les différentes lésions	Acquis non acquis o _____ 10
Connaître et savoir utiliser les émollients	Acquis non acquis o _____ 10
Connaître et savoir utiliser les dermocorticoïdes	Acquis non acquis o _____ 10
Exprimer ses craintes vis-à-vis des dermocorticoïdes	Acquis non acquis o _____ 10
Connaître et savoir utiliser le tacrolimus	Acquis non acquis o _____ 10
Adapter ses soins d'hygiène, son habillage	Acquis non acquis o _____ 10
Adapter son environnement	Acquis non acquis o _____ 10
Savoir gérer les démangeaisons	Acquis non acquis o _____ 10
Savoir gérer les troubles du sommeil	Acquis non acquis o _____ 10
Reconnaître les situations à risque : herpès, allergie...	Acquis non acquis o _____ 10
Savoir s'adapter à des conditions particulières : vacances, piscine...	Acquis non acquis o _____ 10
Savoir exprimer ses difficultés, ses émotions, appeler à l'aide	Acquis non acquis o _____ 10

Annexe 7 : Dossier du patient

DOSSIER PATIENT



Numéro de dossier:

Date :

Groupe d'inclusion :

PATIENT

Prénom:

Nom:

Date de naissance:

Sexe:

Profession :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Participation antérieure à une école/ateliers d'éducation thérapeutique :

☐ Oui ☐ Non**ACCOMPAGNANT**

Prénom :

Nom:

Lien de parenté :

Profession :

Numéro de téléphone :

Adresse :

Participation antérieure à une école/ des ateliers d'éducation thérapeutique:

☐ Oui ☐ Non

1

HISTOIRE DE LA MALADIE

Âge de début des signes:

Mode de début:

Prurit ☐ oui ☐ non

Fréquence des poussées:

Périodicité dans l'année:

2

DIAGNOSTIC DE LA DERMATITE ATOPIQUE

FORME(S) CLINIQUE(S) DE LA DA

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eczéma atopique | <input type="checkbox"/> Eczéma dishydrosique |
| <input type="checkbox"/> Kératose pilaire | <input type="checkbox"/> Prurigo |
| <input type="checkbox"/> Eczématides | |

AUTRES SIGNES D'ATOPIE PERSONNELLE

- ☐ Asthme
☐ Rhinite allergique
☐ Conjonctivite allergique
☐ LCET

SIGNES D'ATOPIE FAMILIALE

- ☐ Dermatite atopique
☐ Asthme
☐ Rhinite allergique
☐ Conjonctivite allergique
☐ LCET

Degré de parenté

- ☐ 1er degré
☐ 2e degré fratrie
☐ 3e grands- parents

CRITÈRES DIAGNOSTIC: UK WORKING PARTY (1994)

- ☐ Dermatose prurigineuse
- ☐ Antécédents personnels de dermatite des plis de flexion
ou antécédents personnels de dermatite des joues si enfant < 10 ans
- ☐ Eczéma des grands plis visible
ou eczéma des joues, du front et des convexités des membres chez l'enfant < 4 ans
- ☐ Antécédent personnel d'asthme ou de rhinite allergique
ou antécédent familial de maladie atopique chez un parent ou la fratrie si enfant < 4 ans
- ☐ Antécédent de xérose diffuse au cours de l'année précédente
- ☐ Apparition des symptômes avant l'âge de 2 ans.

3

EXPLORATIONS ALLERGOLOGIQUES

- ☐ Dosage IgE spécifiques:
- ☐ Prick test
- | | |
|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> Respiratoires | Négatif |
| | Positif..... |
| | |
| | |
| <input type="checkbox"/> Alimentaires | Négatif |
| | Positif..... |
| | |
| | |
- ☐ Patch test
- | | |
|--|---------------|
| | Négatif |
| | Positif |
| | |
| | |

TOPOGRAPHIE DES LÉSIONS



ITINÉRAIRE THÉRAPEUTIQUE

- Combien de fois avez vous appliqué le traitement anti-inflammatoire la semaine dernière:

DIAGNOSTIC ÉDUCATIF

Savoir

- ☐ Nommer et expliquer l'étiopathogénie de la maladie
- ☐ Reconnaître les lésions de dermatite atopique
- ☐ Connaître les facteurs déclenchant et aggravants de la maladie
- ☐ Connaître les différents traitements, leur mode d'action et leur indication
- ☐ Connaître les bonnes habitudes de toilette, d'habillement et d'environnement.

Savoir-faire

- ☐ Être capable de choisir le traitement adéquat en fonction de l'état de la peau
- ☐ Apprendre à bien appliquer un émollient
- ☐ Apprendre à bien appliquer un dermocorticoïde
- ☐ Appliquer les alternatives aux grattages

Savoir-être

- ☐ Expliquer la maladie à son entourage (famille, travail, école)
- ☐ Évoquer ses difficultés

Autres:

TABLEAU DE BORD

Date	Nature et détails de la séance

Annexe 8 : Questionnaire d'évaluation des connaissances de la DA

QUESTIONNAIRE CONNAISSANCE SUR LA MALADIE

Date :

Nom/Prénom du patient :
Nom/Prénom accompagnant :
Numéro de dossier :

Groupe :

LA MALADIE

- | | |
|---|--|
| 1. La dermatite atopique est une maladie de tous les âges | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |
| 2. La dermatite atopique est une maladie à prédisposition génétique | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |
| 3. La dermatite atopique est due à un microbe | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |
| 4. La dermatite atopique est une maladie contagieuse | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |
| 5. La dermatite atopique est une maladie chronique | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |
| 6. La dermatite atopique évolue par poussées et rémissions | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |
| 7. La dermatite atopique est due à une altération de la barrière cutanée | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |
| 8. La dermatite atopique fait partie du même spectre que l'asthme, la rhinite et la conjonctivite allergique. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |
| 9. La dermatite atopique est due à un manque d'hygiène | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |
| 10. Les personnes qui ont une dermatite atopique ont la peau sèche | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |
| 11. L'eczéma atopique est l'une des manifestations de la dermatite atopique | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |

Les complications possibles de la dermatite atopique sont :

- | | |
|---|--|
| 12. une surinfection des lésions | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |
| 13. une généralisation des lésions à l'ensemble du tégument | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |
| 14. un retentissement psychologique et social | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |

LES FACTEURS FAVORISANTS

- | | |
|---|--|
| 15. Il existe des facteurs déclenchant les poussées de dermatite atopique | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |
| 16. Ces facteurs déclenchants sont identiques chez tous. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |
| 17. L'identification de ces facteurs est nécessaire pour contrôler la maladie | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |

Parmi les facteurs aggravant et déclenchant les poussées de DA on retrouve :

- | | |
|----------------------------------|--|
| 18. stress | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |
| 19. sécheresse cutanée | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |
| 20. baignade | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |
| 21. textiles autres que le coton | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |

- 22. parfums ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
- 23. encens ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
- 24. période froide ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
- 25. soleil ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
- 26. poussière ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
- 27. acariens ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
- 28. poils d'animaux ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
- 29. fumée de cigarette ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
- 30. lessive ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
- 31. phytothérapie (orale, locale) ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
- 32. certains aliments ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
- 33. chambre humide ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
- 34. moquette ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
- 35. couette ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
- 36. extencilline ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

LES TRAITEMENTS

- 37. Faites vous la différence entre émollients et dermocorticoïdes ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
- 38. Les émollients sont des crèmes hydratantes ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
- 39. Les émollients créent un film protecteur sur la peau ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
- 40. Les émollients sont indispensables au traitement de la DA ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
- 41. Les émollients doivent être appliqués tous les jours ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
- 42. Les émollients doivent être appliqués sur une peau bien séchée ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
- 43. Il est obligatoire d'utiliser un dermocorticoïdes pour traiter un eczéma atopique ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
- 44. Les dermocorticoïdes peuvent être utilisé chez un nourrisson avant 6 mois ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
- 45. Les dermocorticoïdes doivent être appliqués sur tout le corps ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
- 46. Les dermocorticoïdes sont surtout indiqués dans les poussées d'eczéma ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
- 47. Les dermocorticoïdes permettent de calmer les démangeaisons ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
- 48. Les dermocorticoïdes peuvent être arrêté du jour au lendemain ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
- 49. Les dermocorticoïdes ont de graves effets secondaires ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
- 50. Les dermocorticoïdes peuvent entraîner une dépigmentation locale ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

51. Cette dépigmentation locale due aux dermocorticoïdes est définitive ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
52. Le traitement de l'eczéma atopique associe des émoullients et des dermocorticoïdes ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
53. Les corticoïdes par voie générale (piqûres, comprimés) sont utilisés pour traiter les poussées d'eczéma. ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
54. L'extencilline peut aggraver la maladie ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Au cours de la dermatite atopique:

55. Les longs bains chauds sont recommandés ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
56. L'utilisation de savons parfumés est autorisée ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
57. Il faut bien frotter la peau lors de la douche pour la nettoyer ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
58. Il est recommandé de porter des habits en coton. ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
59. Il faut éviter les environnements fortement climatisés ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
60. Il est recommandé d'aérer fréquemment l'habitat ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
61. Il est déconseillé de faire du sport ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Annexe 9 : Fiche du score TOPICOP

Nom/Prénom du patient :	Date:
Nom/Prénom accompagnant :	Numéro de dossier:

TOPICOP^{*}

simplifié

Merci de cocher une seule réponse pour chaque proposition

1. Les dermocorticoïdes passent dans le sang
☐ pas du tout ☐ pas vraiment ☐ un peu ☐ tout à fait ☐ je ne comprends pas la question
2. Les dermocorticoïdes favorisent les infections
☐ pas du tout ☐ pas vraiment ☐ un peu ☐ tout à fait ☐ je ne comprends pas la question
3. Les dermocorticoïdes font grossir
☐ pas du tout ☐ pas vraiment ☐ un peu ☐ tout à fait ☐ je ne comprends pas la question
4. Les dermocorticoïdes abîment la peau
☐ pas du tout ☐ pas vraiment ☐ un peu ☐ tout à fait ☐ je ne comprends pas la question
5. Les dermocorticoïdes ont des effets sur ma santé future
☐ pas du tout ☐ pas vraiment ☐ un peu ☐ tout à fait ☐ je ne comprends pas la question
6. Les dermocorticoïdes favorisent l'asthme
☐ pas du tout ☐ pas vraiment ☐ un peu ☐ tout à fait ☐ je ne comprends pas la question
7. J'ai peur d'en mettre sur certaines zones où la peau est plus fine comme les paupières
☐ pas du tout ☐ pas vraiment ☐ un peu ☐ tout à fait ☐ je ne comprends pas la question
8. Je n'en connais pas les effets secondaires mais j'ai peur des dermocorticoïdes
☐ pas du tout ☐ pas vraiment ☐ un peu ☐ tout à fait ☐ je ne comprends pas la question
9. J'ai peur d'utiliser une dose trop importante
☐ pas du tout ☐ pas vraiment ☐ un peu ☐ tout à fait ☐ je ne comprends pas la question
10. Je me traite le plus tard possible
☐ jamais ☐ parfois ☐ souvent ☐ toujours ☐ je ne comprends pas la question
11. Je me traite le moins longtemps possible
☐ jamais ☐ parfois ☐ souvent ☐ toujours ☐ je ne comprends pas la question
12. J'ai besoin d'être rassuré(e) vis-à-vis du traitement par dermocorticoïdes
☐ pas du tout ☐ pas vraiment ☐ un peu ☐ tout à fait ☐ je ne comprends pas la question

*Questionnaire inspiré de la publication : Moret L, Anthoine E, Aubert-Wastiaux H, Le Rhun A, Leux C, Mazereeuw-Hautier J, Staider JF, Barbarot S. TOPICOP® : a new scale evaluating topical corticosteroid phobia among atopic dermatitis outpatients and their parents. PLoS One. 2013 Oct 16;8(10):e76493. doi: 10.1371/journal.pone.0076493.



Fondation Eczéma

Fondation Française
des Maladies de la Peau

Annexe 10 : Fiche d'évaluation de l'impact de l'ETP ressenti par les participants.

Nom/Prénom du patient <input type="text"/>	?
Nom/Prénom accompagnant <input type="text"/>	?
Numéro de dossier <input type="text"/>	?
Groupe <input type="text"/>	

?

Fiche d'Impact de l'ETP

?

?

- Avez-vous déjà participé à des ateliers d'éducation thérapeutique auparavant ? ☐ Oui ☐ Non

?

- Ressentez-vous que ces ateliers ont amélioré vos connaissances sur la maladie et ses traitements ? ☐ Oui ☐ Non

?

- Ressentez-vous que ces ateliers ont amélioré vos compétences dans la gestion de la maladie ? ☐ Oui ☐ Non

?

- Vous sentez-vous plus confiant pour gérer votre maladie au quotidien ? ☐ Oui ☐ Non

?

- L'éducation thérapeutique a-t-elle changé votre perception de la maladie ? ☐ Oui ☐ Non

Annexe 11: Questionnaire de satisfaction des participants.

	Nom/Prénom du patient Nom/Prénom de l'accompagnant Numéro de dossier : _____ Groupe : _____
FICHE QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION	
Comment avez-vous trouvé :	
	Très mauvais Mauvais Bon Très bon Excellent
L'organisation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L'accueil des participants	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Le contact avec l'équipe soignante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
La qualité de la présentation Powerpoint	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Les outils éducatifs présentés	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Avez-vous trouvé les convocations contraignantes ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous trouvé la durée des séances trop longue ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Vous jugez préférable d'organiser des ateliers : <input type="checkbox"/> Au cours de la semaine <input type="checkbox"/> Les samedis	
Vos remarques et suggestions :	

L'éducation thérapeutique dans la dermatite atopique : étude préliminaire sur 22 cas en dermatologie à Dakar.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION :

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) fait partie intégrante de la prise en charge de la dermatite atopique (DA). Elle vise à autonomiser le patient grâce à l'acquisition de connaissances et de compétences nécessaires à la gestion de sa maladie chronique. Cette étude s'intégrait dans le cadre d'un projet pilote d'installation d'une école de l'atopie à Dakar, avec pour objectifs d'évaluer l'état initial des connaissances sur la maladie et d'apprécier l'évolution des acquisitions théoriques et pratiques suite à l'intervention éducative.

PATIENTS ET MÉTHODES :

Il s'agissait d'une étude descriptive sur une période de 06 mois, du 1^{er} Mai 2020 au 1^{er} Novembre 2020 au service de Dermatologie de l'Hôpital Aristide le Dantec. Étaient inclus des adultes et des parents d'enfants atteints de DA repartis en trois groupes. L'ETP reposait sur 3 étapes : le diagnostic éducatif, suivi du transfert de connaissances au cours de 2 séances collectives organisées à un mois d'intervalle et l'évaluation. Le support éducatif comprenait une présentation Powerpoint et des outils de la Fondation Eczéma. Les données recueillies ont été analysées à l'aide du logiciel IBM SPSS 21.

RÉSULTATS :

Vingt-deux personnes avaient participé à l'ETP, il s'agissait de 12 parents d'enfants et de 10 patients adultes. La DA était toujours chronique (100%), principalement à type d'eczéma atopique (91%) et associée à d'autres équivalents atopiques (86,4%). Le diagnostic éducatif avait permis de mettre en évidence un déficit de connaissances de la DA (note moyenne de 36,7%) La corticophobie était fréquente (50%) avec une moyenne de 72,2% au score TOPICOP. L'évaluation après l'ETP avait montré une amélioration significative des connaissances ($p=0,000$) avec note moyenne augmentée à 85,1%. La corticophobie avait été réduite de façon significative avec une moyenne de 30,6% au score TOPICOP. Tous les participants jugeait avoir acquis des compétences (100%) et gagner en autonomie (95,5%). Ils étaient satisfaits de l'ETP et suggéraient d'organiser les séances au cours de journées non ouvrables.

Mots-clefs : Éducation thérapeutique, dermatite atopique, Sénégal.