

Provided for non-commercial research and education use.
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>



Reçu le :
22 juillet 2012
Accepté le :
23 avril 2014
Disponible en ligne
13 juin 2014



CrossMark

Dermatite atopique : évaluation de la perception d'un plan d'action personnalisé auprès de pédiatres libéraux[☆]

Written personalized action plan in atopic dermatitis:
A therapeutic education tool

R. Gabeff^a, R. Assathiany^b, S. Barbarot^a, C. Salinier^b, J.-F. Stalder^{a,*}

^a Clinique dermatologique, Hotel-Dieu, CHU de Nantes, 1, place Alexis-Ricordeau, 44035 Nantes cedex, France

^b Association française de pédiatrie ambulatoire, France

Disponible en ligne sur

ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Summary

Atopic dermatitis (AD) is the most frequent children's chronic skin disease. Management of AD can be difficult because local treatments must be adapted to the skin's condition. Between consultations, sudden changes in the state of the disease can make it difficult to manage local treatment. Parents and children need information that will help them adapt their treatment to the course of their disease. Aiming to enable parents to better treat their atopic child by themselves, we have developed a personalized action plan in order to simplify, personalize, and adapt the medical prescription to the state of the disease. The Personalized Written Action Plan for Atopics (PA2P) is based on the model used in the treatment of asthma, with integrated specificities for AD in children. The aim of this study was to assess the feasibility and pertinence of the PA2P for pediatricians to use in private practice. A total of 479 pediatricians answered a questionnaire sent by e-mail. The vast majority of the respondents gave positive reviews of the tool: 99% of the pediatricians declared the tool to be pertinent, qualifying it as clear and logical. The PA2P appeared to be appropriate for the atopic patient because it improves the families' involvement in the application of local treatment by offering personalized care and by simplifying the doctor's prescription. Finally, 72% of doctors responding to the questionnaire were willing to take part in future studies involving parents. More than a gadget, the PA2P could become a useful tool for therapeutic patient education.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Résumé

La dermatite atopique est une maladie fréquente, dont les soins locaux doivent être continuellement adaptés à l'état cutané de l'enfant. Au-delà de la consultation, le suivi de la prescription se heurte à l'évolution capricieuse de la maladie. Parents et enfants doivent disposer d'informations qui les aident à réaliser le traitement selon l'évolution de l'eczéma. Le Plan d'action personnalisé écrit pour l'atopique (PA2P) a été adapté du modèle utilisé dans l'asthme en intégrant les conseils relatifs à la dermatite atopique de l'enfant. L'objectif de cette étude était d'évaluer auprès de pédiatres la pertinence et l'utilité de l'outil PA2P dans la prise en charge du patient et de sa famille. Après présentation du PA2P, 479 pédiatres ont répondu à un questionnaire adressé par courrier électronique pour recueillir leur jugement. L'outil a été perçu favorablement par la quasi-totalité des pédiatres interrogés : 99 % le déclaraient pertinent en le qualifiant de « clair » et « logique ». Le PA2P paraît, selon les pédiatres interrogés, adapté au besoin du patient atopique en améliorant l'implication de la famille dans les soins locaux ; il permet une personnalisation de la prise en charge et simplifie la proposition de soin du médecin. Finalement 72 % des médecins interrogés se sont portés volontaires pour participer à une étude ultérieure de validation auprès des patients.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

[☆] Enquête réalisée avec l'aide des laboratoires Expanscience.

* Auteur correspondant.

e-mail : jean-francois.stalder@univ-nantes.fr (J.-F. Stalder).

1. Introduction

La dermatite atopique (DA) est une maladie inflammatoire chronique fréquente de l'enfance, dont la prévalence en France est évaluée à 15 %, et qui évolue par périodes de poussées et de rémissions. Dans les formes sévères, l'inflammation a pour conséquence un prurit invalidant, retentissant sur le sommeil, la qualité de vie de l'enfant et de sa famille [1,2]. Malgré des traitements locaux efficaces, parmi lesquels les dermocorticoïdes tiennent une place importante, les échecs thérapeutiques sont fréquents et plus liés à la faible observance qu'à la sévérité intrinsèque de la maladie (95 % des enfants sont sous-traités) [3]. Le traitement de la DA est avant tout un traitement local réalisé par les parents ou par l'enfant à partir de 7/8 ans. Ce traitement doit être modulé en fonction de l'état cutané ; il requiert des connaissances et des compétences transmises lors de la consultation. L'évolution chronique de la maladie, l'alternance de phases de poussées et de rémissions, obligent à la personnalisation et à l'adaptation des soins au stade de la maladie.

Le « Plan d'action personnalisé écrit » (PAPE) est déjà utilisé pour l'asthme et permet d'améliorer l'observance au traitement de cette maladie chronique de l'enfant en aidant la famille à choisir les soins adaptés en fonction de l'évolution de la maladie [4]. Le PA2P « Personalized atopic action plan » (Annexe 1) a été créé sur le modèle des plans d'action personnalisés utilisés dans l'asthme en intégrant les conseils adaptés à la DA. L'objectif principal de cette étude était de recueillir la perception du PA2P par des pédiatres libéraux afin d'en connaître la faisabilité, la pertinence et l'utilité. L'objectif secondaire était d'identifier les médecins pédiatres volontaires pour une phase d'évaluation future.

2. Matériel et méthode

Le PA2P a été développé sur le modèle de ceux validés dans l'asthme mais n'est pas une traduction d'un PAPE existant. L'expérience acquise au sein de notre centre d'éducation thérapeutique dans la DA a permis de créer ce document. Il comporte deux volets : le premier correspond au plan d'action à suivre dès la sortie de la consultation et le second, celui à adopter au cours de l'évolution de la maladie. Dans chaque partie, une colonne « j'observe » comportant des illustrations et décrit les symptômes et une colonne « j'agis », complétée par le médecin au cours de la consultation, propose les conseils personnalisés de traitement. L'objectif de l'étude était d'évaluer auprès de pédiatres la pertinence et l'utilité de cet outil dans la prise en charge des patients et de leur famille.

L'enquête a été réalisée entre le 31 juillet et le 5 septembre 2011, auprès de 1492 pédiatres français adhérents à l'Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA) ; elle conviait les participants à répondre en ligne à un questionnaire à choix

unique. La première partie du questionnaire comportait des questions sur les caractéristiques des consultations de DA en évaluant le nombre moyen d'enfants ayant consulté au cours du dernier mois, la sévérité de leur maladie, le recours à une consultation spécialisée et la fréquence de l'échec thérapeutique. Après la présentation du document PA2P, la deuxième partie interrogeait les pédiatres sur leur perception globale de l'outil. La troisième partie demandait de qualifier l'outil, de juger l'intérêt de celui-ci dans la pratique courante et de son possible développement sur un support informatique. Il était enfin proposé de participer à une étude ultérieure d'usage à plus grande échelle. La quatrième partie, facultative, permettait de renvoyer des commentaires libres.

3. Résultats

Parmi les 559 pédiatres inclus dans l'étude, 479 ont répondu à la totalité des 3 parties de l'enquête.

3.1. Caractéristiques des consultations et des patients rencontrés

L'analyse a montré que 49 % des pédiatres suivaient entre 5 et 10 patients atteints de DA par mois, 27 % en suivaient plus de 10 et 24 % moins de 5. Parmi l'ensemble, 6 % ont déclaré recevoir fréquemment des DA sévères, 28 % des DA modérées et 68 % des DA mineures. La DA mineure était prise en charge par le pédiatre dans tous les cas, la DA modérée dans 98 % des cas mais dans les formes de DA sévères, 76 % des praticiens orientaient leurs patients vers une consultation de dermatologie ou d'allergologie. Les échecs thérapeutiques étaient signalés dans 23 % des cas.

3.2. Perception générale de l'outil par les pédiatres

L'analyse de l'outil a suscité un intérêt chez 97 % des pédiatres qui ont répondu à cette question. En termes de pertinence, 99 % des 479 pédiatres ont qualifié l'outil de « clair » et « logique ». Ils étaient 97 % à penser que cet outil représentait bien les situations rencontrées. En revanche, il était jugé inutile dans 13 % des cas, trop compliqué dans 11 %, peu pertinent dans 8 % et mal illustré dans 8 %. En termes d'intérêt potentiel, l'outil a été perçu dans 96 % des cas comme un élément adapté au besoin du patient atopique et comme pouvant améliorer l'implication de la famille dans les soins locaux. Pour 89 % des médecins ayant répondu, le PA2P permettrait une personnalisation de la prise en charge et simplifierait la proposition de soin du médecin pour 84 % d'entre eux. La principale critique exprimée par 47 % des pédiatres concernait le risque de prolonger la consultation, cependant seulement 13 % pensaient que le PA2P serait difficile à inclure dans celle-ci et pour 7 % des médecins qu'il limiterait la liberté de leur prescription. En termes de support, le papier satisfaisait 96 % des pédiatres ayant répondu mais plus de 70 %

accepteraient d'utiliser une version interactive. Plus de 2/3 (69 %) des pédiatres interrogés étaient d'accord pour participer à une étude d'usage ultérieure de l'outil PA2P dans l'objectif de pouvoir le valider définitivement.

3.3. Commentaires libres

Cent soixante-quinze commentaires libres ont été recueillis, ce qui témoigne d'un fort investissement pour l'optimisation du PA2P. Parmi ces commentaires, deux tendances se sont dégagées : certains ont perçu le PA2P comme un outil d'information et demandaient que soient introduites plus d'informations concernant les dermocorticoïdes, les conseils d'hygiène, les allergies alimentaires, la place du bilan allergologique, les vaccinations... D'autres l'ont perçu comme un outil de communication voire d'éducation, désirant moins de texte, et plus de photographies, les espaces laissés à la personnalisation étant déjà suffisants.

4. Discussion

De nombreux PAPE différents ont été proposés dans l'asthme et comparés aux soins classiques lors d'études randomisées [5–20]. Sur la base de données Cochrane, Bhogal et al. ont évalué l'effet de l'utilisation d'un plan d'action personnalisé écrit chez l'enfant asthmatique. Ils en ont conclu que les patients utilisateurs du PAPE présentaient un risque significativement plus faible de consulter aux urgences pour une exacerbation d'asthme [4]. Les PAPE dans l'asthme facilitent donc l'auto-détection précoce des exacerbations d'asthme et leur traitement. La structure et les éléments composants les différentes versions de PAPE publiées ont été analysés dans une étude de Gibson et al. Il semble que la personnalisation du plan d'action soit la seule caractéristique qui améliore la gestion du traitement, ce qui n'est pas le cas des autres éléments étudiés [21].

Au cours de la DA, le succès d'un traitement local est directement lié à l'adhésion des parents du patient au traitement puisqu'il n'est efficace que s'il est appliqué. Parmi les solutions améliorant l'observance, on peut retenir la prise en compte individuelle des préférences du patient et de sa famille, la simplification des traitements médicamenteux, la programmation des consultations de suivi, l'auto-évaluation et le plan d'action personnalisé [22].

Un plan d'action pour la dermatite atopique publié aux États-Unis incluait un faible effectif (17 pédiatres et 8 dermatopédiatres) qui avait jugé favorablement sa lisibilité et son utilité. Des critiques concernant le trop grand nombre d'informations, le manque d'iconographie et le peu de place réservée à la personnalisation avaient été exprimées. La majorité des médecins impliqués s'était déclarée prête à utiliser ce plan d'action écrit dans sa pratique quotidienne [23]. Dans notre étude, 34 % des médecins ayant participé ont ajouté un commentaire personnel confirmant leur intérêt dans

l'élaboration d'un plan d'action écrit personnalisé. Le PA2P a été jugé clair dans sa présentation et sa bonne perception encourage le développement d'une étude de pratique. Seul le temps consacré à la présentation et à l'utilisation de l'outil lors de la consultation inquiétait les pédiatres interrogés, ceci sera pris en compte dans une version définitive. Si le support papier paraît a priori le moyen adapté à la transmission des informations, plusieurs pédiatres ont suggéré l'adaptation du PA2P au format du carnet de santé, voire la réalisation d'une version interactive accessible par internet ou disponible sur smartphone.

Il faut retenir que les plans d'actions écrits s'intègrent dans une démarche éducative orientée vers le patient. Après une phase d'écoute, le médecin peut proposer à travers le PA2P, un vrai « contrat de soin » partagé avec le patient et sa famille. Cet outil peut ensuite être partagé entre les soignants (généralistes, dermatologues, pharmaciens, puéricultrices). Une étude d'usage du PA2P reste à faire auprès de médecins et de familles afin de valider son impact réel sur l'observance.

5. Conclusion

Le PA2P est un outil créé à l'image du plan d'action personnalisé pour l'asthme. Plus qu'une simple brochure d'information cet outil, en proposant des conseils personnalisés, vise à faciliter l'autonomisation du patient et de sa famille dans la prise en charge de la DA. L'intérêt, la pertinence et la faisabilité du PA2P ont été validés par les pédiatres ayant participé à l'enquête, la confirmation d'une meilleure observance aux soins devra être démontrée dans des études ultérieures.

Déclaration d'intérêts

R. Gabeff, R. Assathiany et S. Barbarot déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

J.-F. Stalder : membre du conseil scientifique de la Fondation pour la dermatite atopique, président du Groupe éducation thérapeutique en dermatologie. C. Salinier : présidente de l'Association française de pédiatrie ambulatoire.

Annexe 1. Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://www.sciencedirect.com> et <http://dx.doi.org/10.1016/j.jarcped.2014.04.019>.

Références

- [1] Carroll CL, Balkrishnan R, Feldman SR, et al. The burden of atopic dermatitis: impact on the patient, family, and society. *Pediatr Dermatol* 2005;22:192–9.
- [2] Basra MKA, Sue-Ho R, Finlay AY. The family dermatology life quality index: measuring the secondary impact of skin disease. *Br J Dermatol* 2007;156:528–38.

- [3] Storm A, Benfeldt E, Andersen SE, et al. A prospective study of patient adherence to topical treatments: 95% of patients underdose. *J Am Acad Dermatol* 2008;59:975-80.
- [4] Bhogal S, Zemek R, Ducharme FM. Written action plans for asthma in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; CD005306.
- [5] Levy ML, Robb M, Allen J, et al. A randomized controlled evaluation of specialist nurse education following accident and emergency department attendance for acute asthma. *Respir Med* 2000;94:900-8.
- [6] Moudgil H, Marshall T, Honeybourne D. Asthma education and quality of life in the community: a randomised controlled study to evaluate the impact on white European and Indian sub-continent ethnic groups from socioeconomically deprived areas in Birmingham, UK. *Thorax* 2000;55:177-83.
- [7] Ignacio-Garcia JM, Gonzalez-Santos P. Asthma self-management education program by home monitoring of peak expiratory flow. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;151:353-9.
- [8] Yoon R, McKenzie DK, Bauman A, et al. Controlled trial evaluation of an asthma education programme for adults. *Thorax* 1993;48:1110-6.
- [9] Perneger TV, Sudre P, Muntner P, et al. Effect of patient education on self-management skills and health status in patients with asthma: a randomized trial. *Am J Med* 2002; 113:7-14.
- [10] Effectiveness of routine self monitoring of peak flow in patients with asthma. Grampian Asthma Study of Integrated Care (GRASSIC). *BMJ* 1994;308:564-7.
- [11] Zeiger RS, Heller S, Mellon MH, et al. Facilitated referral to asthma specialist reduces relapses in asthma emergency room visits. *J Allergy Clin Immunol* 1991;87:1160-8.
- [12] Gallefoss F, Bakke PS. Impact of patient education and self-management on morbidity in asthmatics and patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med* 2000;94: 279-87.
- [13] Coté J, Cartier A, Robichaud P, et al. Influence on asthma morbidity of asthma education programs based on self-management plans following treatment optimization. *Am J Respir Crit Care Med* 1997;155:1509-14.
- [14] Jones KP, Mullee MA, Middleton M, et al. Peak flow-based asthma self-management: a randomised controlled study in general practice. British Thoracic Society Research Committee. *Thorax* 1995;50:851-7.
- [15] Lahdensuo A, Haahtela T, Herrala J, et al. Randomised comparison of guided self-management and traditional treatment of asthma over one year. *BMJ* 1996;312:748-52.
- [16] Heard AR, Richards IJ, Alpers JH, et al. Randomised controlled trial of general practice based asthma clinics. *Med J Aust* 1999; 171:68-71.
- [17] Schermer TR, Thoonen BP, van den Boom G, et al. Randomized controlled economic evaluation of asthma self-management in primary health care. *Am J Respir Crit Care Med* 2002;166:1062-72.
- [18] Ghosh CS, Ravindran P, Joshi M, et al. Reductions in hospital use from self-management training for chronic asthmatics. *Soc Sci Med* 1998;46:1087-93.
- [19] Cowie RL, Revitt SG, Underwood MF, et al. The effect of a peak flow-based action plan in the prevention of exacerbations of asthma. *Chest* 1997;112:1534-8.
- [20] Sommaruga M, Spanevello A, Migliori GB, et al. The effects of a cognitive behavioural intervention in asthmatic patients. *Monaldi Arch Chest Dis* 1995;50:398-402.
- [21] Gibson PG, Powell H. Written action plans for asthma: an evidence-based review of the key components. *Thorax* 2004; 59:94-9.
- [22] Stalder J-F, Barbarot S, Wollenberg A, et al. Patient-Oriented SCORAD (PO-SCORAD): a new self-assessment scale in atopic dermatitis validated in Europe. *Allergy* 2011;66:1114-21.
- [23] Ntuen E, Taylor SL, Kinney M, et al. Physicians' perceptions of an eczema action plan for atopic dermatitis. *J Dermatolog Treat* 2010;21:28-33.