

# « École de l'atopie », évaluation d'une expérience d'éducation thérapeutique chez 40 malades

J.-M. CHAVIGNY, F. ADICEOM, C. BERNIER, M. DEBONS, J.-F. STALDER

## Résumé

**Introduction.** L'évaluation des effets d'une prise en charge éducative a été réalisée au cours d'une étude pilote ouverte rétrospective chez 40 malades atteints d'une dermatite atopique dans le cadre de l'école de l'atopie de Nantes.

**Malades et méthodes.** Tous les malades étaient atteints d'une dermatite atopique modérée à sévère répondant aux critères de Hanifin et Rajka. Un diagnostic et au moins un objectif éducatif étaient établis au cours d'un premier entretien où étaient présents une infirmière et un dermatologue. Les malades étaient revus soit en consultation de suivi médical, soit en consultation infirmière, soit en atelier collectif. Des critères d'évaluation étaient définis pour les différents objectifs éducatifs. Des outils pédagogiques appropriés étaient utilisés pour chaque objectif.

**Résultats.** Quarante malades ont été suivis pendant 6 mois. Le SCORAD moyen de départ était de 50,5. Six mois après le début de l'étude, le SCORAD moyen était évalué à 22. Les objectifs éducatifs sélectionnés ont été atteints dans 70,6 p. 100 des cas. Une amélioration du SCORAD a été observée dans 97 p. 100 des cas.

**Discussion.** La prise en charge éducative de la dermatite atopique permet d'appréhender les besoins réels des malades en terme de gestion personnelle de leur maladie notamment pour la prise en charge du traitement local. Celui-ci est souvent mal compris, mal ou non effectué. Une bonne gestion de la douleur par le malade permet en général une reprise des soins et des activités physiques, fréquemment abandonnées par le malade. La prise en charge de certaines dermatites atopiques sévères de l'enfant peut entraîner des conflits familiaux parfois majeurs lors des soins quand ceux-ci sont effectués par les parents. Le fait de responsabiliser les enfants en leur apprenant à se traiter seuls évite aux parents de trop s'impliquer directement dans les soins et de ce fait limite ces conflits.

**Conclusions.** La dermatite atopique sévère pose des problèmes thérapeutiques liés à la gravité de la maladie, à la mauvaise observance et à l'importance des répercussions psychologiques. L'éducation thérapeutique du malade représente une approche complémentaire efficace dans une stratégie globale de prise en charge, l'école de l'atopie est une réponse au besoin des malades d'apprendre à gérer par lui-même sa maladie.

Service de Dermatologie, CHU Hôtel-Dieu, 1, place Alexis Ricordeau, 44093 Nantes.

Tirés à part : J.-F. STALDER, à l'adresse ci-dessus.

## Summary

**Introduction.** The assessment of the educational management of 40 moderate to severe atopic patients was performed in the atopic dermatitis school created in Nantes (France) from November 2000 to May 2001.

**Subjects and methods.** Patients with moderate to severe atopic dermatitis (SCORAD >20) were selected according to the criteria of Hanifin and Rajka and included in an open pilot study including a specific educational program. Atopic training included consultations, demonstrations, interviews with both dermatologist and nurses and workshops organized in three subgroups according to the age of the patients. SCORAD index, educational diagnosis and at least one educational objective were established during the first consultation. Evaluation criteria were defined in accordance with the educational objectives. Specific educational tools were used for each objective.

**Results.** Forty patients (mean age: 9 years) were followed during 6 months. At the beginning of the study the mean SCORAD was of 50.5. After a 6 months follow-up, the mean SCORAD was of 22 and improvement of the SCORAD was noted in 97 p. 100 of cases. Educational objectives were reached in 70.6 p. 100 of cases. One patient lost contact.

**Discussion.** The educational approach of atopic dermatitis includes global assessment of the disease after identification of risk factors, disrupted quality of life, skin-damaging behavior, family stress... Educational diagnosis focusing on local treatment is a major step; topical treatment is either misunderstood or conducted erroneously or non-existent. Therapeutic education plays a key role in the compliance and efficacy of treatment. Pain management, demonstration and explanation of skin care by health care professionals, information on the disease in age-specific workshops provided good results in more than 70 p. 100 of cases.

Severe atopic dermatitis in children can lead to major domestic conflicts when the parents are in charge of the treatment. Giving responsibilities to the children, by teaching them how to treat themselves, relieves the parents from their involvement and finally reduces the conflicts.

**Conclusion.** The difficulties encountered in treating refractory atopic dermatitis may be secondary to the severity of the disease, to poor compliance or to the extent of the psychological impact. Therapeutic education of the patient, as performed in the atopic dermatitis school, represents a major breakthrough in the care of such patients.

-----  
**Assessment of an educational program in an "Atopic School": pilot study in 40 patients.**

J.-M. CHAVIGNY, F. ADICEOM, C. BERNIER, M. DEBONS, J.-F. STALDER

Ann Dermatol Venerol 2002;129:1003-7

The full text of this article is available in English, free of charge, on the Web on: [www.e2med.com/ad](http://www.e2med.com/ad)

La dermatite atopique (DA) est une dermatose fréquente dont la prévalence a doublé durant les 20 dernières années [1]. La prévalence en France est actuellement estimée entre 12 et 15 p. 100 de la population pédiatrique [2]. Cette augmentation est parallèle à celle des autres pathologies allergiques (asthme, rhinite allergique, conjonctivite allergique). La DA se définit comme une dermatose inflammatoire chronique évoluant par poussées. Trois éléments déterminants la caractérisent : une prédisposition génétique, une altération de la barrière cutanée dont témoignent la xérose et une sensibilité à de nombreuses protéines de l'environnement : les atopènes [3, 4]. Si dans la majorité des cas la maladie a une expression limitée et transitoire, il existe des formes dont la sévérité entraîne pour le malade et sa famille un trouble grave en terme de qualité de vie. Chez l'enfant atteint d'une DA sévère, le prurit constant, invalidant et insomniant peut être à l'origine de troubles du développement. Des anomalies du comportement et de la relation avec les autres peuvent également être présentes dans les formes affichantes de la maladie, avec parfois des conséquences psychologiques graves. Enfin des atteintes fissuraires des plis peuvent déclencher une impotence fonctionnelle et des douleurs intenses.

Le traitement de cette maladie chronique fait presque constamment appel aux traitements locaux qu'il s'agisse de corticoïdes, d'émollients ou de nombreux autres produits. L'échec thérapeutique est souvent lié à des défauts dans l'observance et la compliance vis-à-vis des traitements locaux car ces traitements nécessitent une participation active et pertinente du malade ou de son entourage. Plus qu'une simple information, une véritable éducation du malade est indispensable.

Nous avons voulu évaluer l'impact d'une prise en charge éducative réalisée dans l'école de l'atopie à Nantes entre septembre 2000 et juin 2001 dans le cadre d'une étude rétrospective pilote à partir de 40 malades atteints d'une dermatite atopique modérée à sévère.

## Malades et méthodes

### MALADES

L'éducation thérapeutique a concerné 40 malades atteints d'une DA modérée à sévère avec un SCORAD supérieur à 25 et suivis à la clinique dermatologique du CHU de Nantes pendant une période de 6 mois.

### L'ENTRETIEN INITIAL

Tous les malades étaient vus lors d'une consultation, d'environ une heure trente, effectuée en binôme, avec un dermatologue et une infirmière tous deux formés en éducation thérapeutique et ayant participé à l'élaboration du « référentiel du soin éducatif ».

Lors de cette consultation étaient précisés :

- le score de sévérité de la maladie. Ce score était évalué lors de chaque consultation médicale par la méthode du SCORAD [5] ;

- la répercussion de la maladie dans la vie de tous les jours, les difficultés face à la maladie (points faibles) et les ressources (points forts : soutien familial, bonne intégration scolaire...), étaient appréciées après écoute attentive du malade à l'aide d'une « grille d'entretien initial » ;

- les objectifs du suivi éducatif étaient définis ensemble au terme de cet entretien à partir des besoins exprimés par le malade.

### OBJECTIFS ÉDUCATIFS

Les objectifs éducatifs pour le malade, définis en terme de « capacité pour arriver à ... », étaient listés par l'équipe soignante, à savoir :

- être capable d'adapter les soins de sa peau à son état cutané ;
- être capable de gérer sa douleur ;
- être capable d'effectuer son traitement sans l'aide d'autrui.

Une fois définis avec le malade, ces objectifs étaient notés dans un carnet de suivi propre au malade : le « carnet de soin ». Lors de cette consultation étaient également définis les outils utilisés pour chaque malade en fonction des objectifs décidés. Ces outils permettaient une évaluation des objectifs définis et une aide à l'apprentissage.

### OUTILS

Pendant l'acte éducatif plusieurs outils pédagogiques étaient utilisés pour améliorer les connaissances du malade et lui permettre d'acquérir des compétences dans la gestion de sa maladie. En fonction des objectifs et de l'âge des malades, des outils pédagogiques ont été créés et utilisés par l'équipe : visuel de la peau, visuel de l'altération de la barrière cutanée, questionnaires que les malades renvoyaient à distance des ateliers enfin des jeux questions/réponses adaptés à l'âge des enfants...

Les outils utilisés pour l'objectif « être capable de gérer sa douleur » étaient :

- une règle analogique de suivi de la douleur ;
- une feuille de suivi de la douleur ;
- l'ordonnance de traitement antalgique.

Les outils utilisés pour l'objectif « être capable d'effectuer son traitement sans l'aide d'autrui » étaient :

- une feuille de suivi du traitement local que le malade remplissait quotidiennement et où étaient indiqués le type de crème et la quantité à utiliser.

### ÉVALUATION DES OBJECTIFS

L'objectif « être capable d'adapter les soins de sa peau à son état cutané » était atteint lorsque le malade était capable d'effectuer son traitement correctement devant le soignant.

L'objectif « être capable de gérer sa douleur » était atteint lorsque l'auto évaluation de la douleur du malade était durablement inférieure à 2/10.

L'objectif « être capable d'effectuer son traitement sans l'aide d'autrui » était atteint lorsque le malade (toujours un

enfant) était capable d'effectuer ses soins de peau sans l'aide des parents ou d'une autre personne.

#### SUIVI

Après cette consultation, un suivi était proposé en fonction des objectifs fixés sous forme de :

- consultations infirmières, dont le rythme et le nombre étaient définis en fonction des objectifs à atteindre ;
- d'ateliers collectifs, où étaient regroupés les malades par tranche d'âge ;
- de consultations de suivi médical.

Les objectifs éducatifs étaient évalués pour chacun de ces modes de suivi et les difficultés du malade étaient évaluées.

#### LES CONSULTATIONS INFIRMIÈRES

Au cours des consultations infirmières, à partir de la lecture du carnet de suivi des malades et de l'examen clinique, les problèmes rencontrés par le malade étaient évalués. Un bilan d'étape personnalisé débouchait sur la proposition de solutions adaptées au malade, incluant des démonstrations de soins et la modification du contrat de soins.

#### LES ATELIERS

Des ateliers d'information réalisés par petits groupes de 4 à 6 enfants et un ou deux parents par enfants comportaient la présence d'un dermatologue, d'un dermato-allergologue, d'un pédopsychiatre, d'une infirmière. Les ateliers étaient organisés par tranche d'âge homogène de 0 à 6 ans, de 6 à 15 ans et un atelier adolescent et adulte. Chaque atelier durant environ 2 heures 30, comportait une présentation générale des problèmes posés par la dermatite atopique dans chaque tranche d'âge, une approche personnalisée, à partir du niveau des participants, enfin la remise à chacun d'un document référentiel.

Ces différents types de suivi (consultations et ateliers) étaient comptabilisés en actes éducatifs.

## Résultats

Entre juin 2000 et janvier 2001, 40 malades ont été suivis à « l'école de l'atopie ». Les malades, 16 filles et 24 garçons, étaient âgés de 6 mois à 46 ans. Trente-quatre malades (85 p. 100) ont eu un suivi médical sous forme de consultations de suivi : en moyenne 2,7 par malade. Vingt-quatre malades (60 p. 100) ont participé au suivi infirmier, le nombre de consultation était en moyenne de 2,1 (0 à 6). Quinze malades (37,5 p. 100) ont participé à un atelier.

Le SCORAD moyen chez les 40 malades à la première consultation était de 50,5. Le SCORAD moyen après prise en charge était de 22. L'évolution entre la première consultation et la fin du suivi ou la dernière consultation médicale est rapportée sur la *figure 1*. Une amélioration du SCORAD a été observée dans 97 p. 100 des cas. L'amélioration était en moyenne de 56,4 p. 100. Une aggravation du SCORAD était notée dans un cas (3 p. 100).

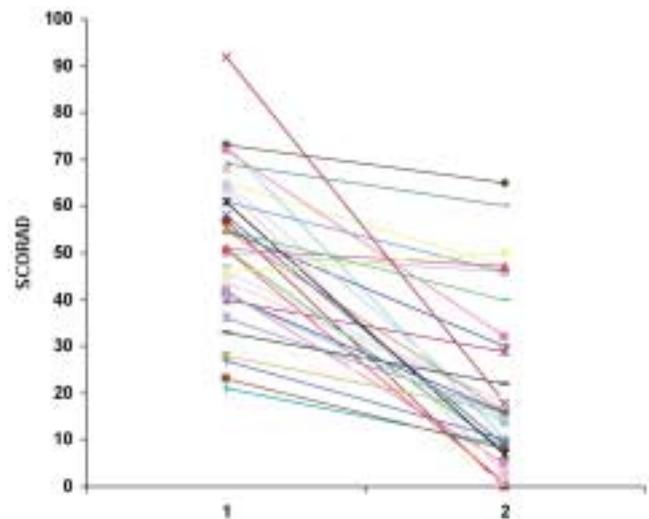


Fig. 1. Evolution du SCORAD entre le début de la prise en charge et après 2 à 7 mois de suivi.

Cinquante et un objectifs thérapeutiques ont été définis chez les 40 malades. Vingt-neuf malades avaient un seul objectif éducatif défini à l'issue de la première consultation, onze avaient deux objectifs éducatifs.

Dans 40 cas les objectifs éducatifs comportaient : « être capable d'adapter les soins de sa peau à son état cutané », dans 9 cas « être capable de gérer sa douleur », dans 2 cas « être capable d'effectuer son traitement sans l'aide d'autrui ».

Les objectifs éducatifs ont été atteints dans 70,6 p. 100 des cas. Quatorze malades sont en cours de suivi (35 p. 100). Un malade a été perdu de vue (3 p. 100).

Le détail de l'évaluation des objectifs éducatifs est représenté dans le *tableau I*.

Le nombre moyen de consultations infirmières et médicales, ainsi que d'ateliers est indiqué en fonction de l'évaluation des objectifs dans le *tableau II*.

## Discussion

La dermatite atopique est une maladie chronique dont l'impact sur la qualité de vie du malade ou de sa famille peut être très lourd. La survenue de poussées sévères alternant avec des rémissions représente un handicap important en terme de qualité de vie et la relation entre la sévérité mesurée par l'index SCORAD, l'anxiété, la qualité de vie a été clairement démontrée [6]. Aujourd'hui, nous disposons de traitements efficaces dans l'eczéma atopique [7]. Ces traitements qui visent à diminuer l'intensité et l'extension de la maladie nécessitent pour autant une participation active du malade ou de sa famille, s'agissant en particulier des traitements locaux. L'éducation thérapeutique comporte une étape d'information mais rapidement ce stade d'information est dépassé par une démarche éducative qui fait appel à des compétences dans les sciences de l'éducation et qui vise des objectifs plus étendus en aidant le malade et sa famille dans la

Tableau I. – Evaluation des objectifs éducatifs.

Objectif	Nombre de malades		Evaluation	%
« être capable d'adapter les soins de sa peau à son état cutané »	40	Atteint	25/40	62
		En cours	14/40	35
		Perdu de vue	1/40	3
« être capable de gérer sa douleur »	9	Atteint	9/9	100
« être capable d'effectuer son traitement sans l'aide d'autrui »	2	Atteint	2/2	100

compréhension de la maladie, en lui faisant prendre un rôle actif dans son traitement, en changeant ses habitudes de vie, en l'aidant à assumer les contraintes d'une surveillance régulière et finalement en lui faisant accepter le caractère chronique de son eczéma. Ces principes sont développés dans le concept d'école de l'atopie.

La mesure de l'impact de l'éducation peut s'effectuer selon plusieurs approches parmi lesquelles : l'impact sur la gravité de la maladie, sur la qualité de vie des patients, l'incidence des complications enfin l'incidence économique liée aux modifications des coûts de prise en charge [8].

Notre étude s'est limitée à l'évaluation de la gravité de la maladie avant et après 6 mois de participation à l'école de l'atopie en centrant nos objectifs sur la réponse au diagnostic éducatif retenus après l'évaluation des problèmes rencontrés par les malades lors de l'entretien de départ.

Le SCORAD des malades s'est amélioré dans 97 p. 100 des cas. L'amélioration moyenne a été de 56,4 p. 100. Avant l'inclusion dans l'école de l'atopie, dans 100 p. 100 des cas le traitement local était soit mal compris, soit mal effectué ou pas effectué du tout. Six mois plus tard 70,6 p. 100 des malades avaient appris à bien effectuer leur traitement.

Cette franche amélioration du SCORAD dans la population suivie peut être rapprochée de l'amélioration de l'observance et de la qualité des soins pendant la prise en charge éducative.

Cependant, l'absence de groupe contrôle nous a empêché d'établir une corrélation statistique entre le processus d'éducation et l'évolution de la gravité de la maladie. De même le

Tableau II. – Nombre d'actes éducatifs par malade en fonction de l'évaluation des objectifs.

Objectif	Nombre moyen de consultations infirmières	Nombre moyen de consultations médicales	Nombre moyen d'ateliers	Moyenne des actes éducatifs
Atteint	1,6	2,5	0,2	4,8
Non atteint (suivi en cours)	2,1	2,2	0,4	4,6

fait que le nombre moyen d'actes éducatifs ne soit pas différent dans le groupe de malades où les objectifs éducatifs ont été atteints et dans celui où ils n'ont pas été atteints peut apparaître comme négatif ; en fait d'autres facteurs interviennent.

Ainsi c'est dans le groupe où les objectifs éducatifs n'ont pas été atteints que la sévérité de la DA et les limites à l'apprentissage ont été le plus souvent signalées. Ces limites concernent l'environnement (malade locataire de leur logement, difficulté d'adaptation des lieux, travail dans un environnement défavorable...), la famille (parents séparés avec plusieurs lieux de vie pour l'enfant...) ou le malade (faible motivation, problèmes psychologiques...). L'augmentation du nombre d'actes éducatifs reflète alors des difficultés d'apprentissage du malade face à ces contraintes.

La qualité de vie est un critère essentiel pour mesurer l'impact des traitements. En l'absence d'un index de qualité de vie univoque validé dans l'atopie à la fois chez l'enfant et l'adulte, nous n'avons pas évalué systématiquement la qualité de vie chez tous les malades. Cependant la douleur et les problèmes psychologiques ont été systématiquement recherchés.

La douleur est présente chez les malades atteints d'une DA sévère en poussée. Les feuilles de suivi quotidien ont permis d'appréhender l'importance des symptômes algiques et d'évaluer l'efficacité du traitement. Une bonne gestion de la douleur par le malade permet une reprise des soins et des activités physiques bien souvent abandonnés par le malade. Trois malades sur 9 ont nécessité un traitement par antalgiques de classe 3 (morphinomimétiques). Une bonne gestion de la douleur s'est accompagnée d'une amélioration du SCORAD par le biais de soins moins douloureux et donc mieux effectués.

La prise en charge de certaines DA sévères de l'enfant peut entraîner des conflits familiaux, acutisés au moment des soins, quand ceux-ci sont effectués par les parents. Le fait de responsabiliser l'enfant afin qu'il apprenne à se traiter seul, limite l'implication des parents et fait disparaître ces conflits. Un conflit parent/enfant quotidien d'une à deux heures au moment des soins et de la toilette persistant depuis des mois a été observé chez deux malades de notre étude (10 et 9 ans).

L'objectif atteint, les conflits ont complètement disparu dans les deux familles.

L'« école de l'atopie » n'a pas pour but de se substituer au suivi médical, mais de permettre une amélioration de la qualité des soins et de l'observance thérapeutique par l'éducation du malade. À ce titre elle s'adresse avant tout au malade atteint d'un eczéma sévère ou modéré mal équilibré par le traitement. Les critères d'évaluation d'une telle structure ne sont pas univoques et dans l'avenir devront intégrer des scores de qualité de vie ainsi qu'une approche économique pour une évaluation complète. Des expériences éducatives ont été réalisées chez les enfants atopiques dans les pays scandinaves et un vaste projet « d'école de l'atopie » est en cours de validation actuellement en Allemagne [9-12].

L'étude pilote rapportée a les limites d'une étude rétrospective ouverte, de plus, elle se heurte aux difficultés d'évaluation des démarches d'éducation et à la multiplicité des facteurs. Elle permet cependant de mieux poser les bases de travaux ultérieurs.

En dehors de l'atopie, l'impact de l'éducation sur l'efficacité des traitements a été bien démontré dans la prise en charge de maladies chroniques [13]. Chez 950 malades enrôlés dans un essai randomisé pendant 6 mois, l'impact de l'éducation sur la diminution globale de l'hospitalisation, l'amélioration de la qualité de vie et la diminution des coûts a été démontré dans le groupe éduqué de façon statistiquement significative. Les structures éducatives développées pour la prise en charge de l'asthme ont montré leur pertinence en terme d'impact sur la qualité de vie et sur la morbidité globale de l'affection. Dans les pathologies chroniques lourdes comme l'asthme et le diabète pouvant mettre en jeu le pronostic vital, l'éducation du patient a permis une diminution du nombre de jours d'hospitalisation et de la mortalité [14].

L'éducation thérapeutique représente une approche nouvelle dans la prise en charge des maladies chroniques : la complexité croissante des traitements qui rendent l'observance souvent difficile pour les malades, les risques liés aux modes de vie, l'influence de facteurs d'environnement sont aujourd'hui pris en compte. Cette démarche dans l'asthme et le diabète a montré son efficacité sur la morbidité, la qualité de vie et finalement le coût de prise en charge de ces affections.

En France, l'article 79 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [15] et les récentes circulaires ministérielles officialisent la reconnaissance de l'éducation thérapeutique dans la politique de prévention. L'inscription de l'acte d'éducation thérapeutique dans la nomenclature témoigne de l'intégration de cette approche dans la prise en charge des maladies chroniques.

La dermatologie représente un vaste champ d'application à l'éducation thérapeutique au travers de maladies chroniques qui interfèrent parfois gravement avec la qualité de vie. Parallèlement à la validation des critères de qualités de vie, il

convient d'intégrer au domaine médical, dans une démarche multidisciplinaire et multiprofessionnelle [16], le savoir faire des sciences de l'éducation afin d'offrir au malade atteint d'une dermatose chronique sévère, une aide efficace indispensable.

## Références

1. Larsen S, Diepgen T, Svensson A. The occurrence of atopic dermatitis in north Europe: an international questionnaire study. *J Am Acad Dermatol* 1996;34:760-4.
2. The international study of asthma and allergies in childhood (ISAAC) steering committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. *Lancet* 1998;351:1225-32.
3. Eedy DJ. What's new in atopic dermatitis? *Br J Dermatol* 2001;145:380-4.
4. Taieb A. Hypothesis: from epidermal barrier dysfunction to atopic disorders. *Contact Dermatitis* 1999;41:177-80.
5. Kunz B, Oranje A, Labreze L, Stalder JF, Ring J, Taieb A. Clinical validation and guidelines for the SCORAD Index: consensus report of the European Task Force on Atopic Dermatitis *Dermatology* 1997;195:10-9.
6. Linnet J, Jemec GB. An assessment of anxiety and dermatology life quality in patients with atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 1999;140:268-72.
7. Thestrup-Pedersen K. Treatment principles of atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2002;16:1-9.
8. Ellis CN, Drake LA, Prendergast MM, Abramovits W, Boguniewicz M, Daniel CR et al. Cost of atopic dermatitis and eczema in the United States. *J Am Acad Dermatol* 2002;46:361-70.
9. Wenninger K, Kehrt R, von Ruden U, Lehmann C, Binder C, Wahn U, Staab D. Structured parent education in the management of childhood atopic dermatitis: The Berlin model. *Patient Educ Couns* 2000;40:253-61.
10. Niebel G, Kallweit C, Lange I, Folster-Holst R. Direct versus video-aided parent education in atopic eczema in childhood as a supplement to specialty physician treatment. A controlled pilot study. *Hautarzt* 2000;51:401-11.
11. Fartasch M, Abeck D, Werfel T, Diepgen T, Schmid-Ott G, Ring J, Gieler U. Current status of the interdisciplinary model project "Neurodermatitis Education for Children and Adolescents". *Hautarzt* 2000;51:299-301.
12. Coenraads PJ, Span L, Jaspers JP, Fidler V. Intensive patient education and treatment program for young adults with atopic eczema. *Hautarzt* 2001;52:428-33.
13. Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Brown BW Jr, Bandura A, Ritter P et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Med Care* 1999;37:5-14.
14. Higgins JC, Kiser WR, McClenathan S, Tynan NL. Influence of an interventional program on resource use and cost in pediatric asthma. *Am J Manag Care* 1998;4:1465-97.
15. Politique de prévention loi du 4 mars 2002 relative aux droit des malades et à la qualité du système de santé. *In : Journal Officiel de la république française* 5 mars 2002:4143-4.
16. Elliott B. Nurses' involvement in the care of children with eczema. *Community Nurse* 1998;4:27-8.