

# Stress parental des mères d'enfants d'âge préscolaire atteints d'eczéma atopique

## Parental Stress of Mothers with Preschool-Aged Children with Atopic Eczema

Marie-Hélène Poulin and Daniel Thomas

Volume 36, Number 1, 2007

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1097200ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1097200ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue de Psychoéducation

ISSN

1713-1782 (print)

2371-6053 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Poulin, M.-H. & Thomas, D. (2007). Stress parental des mères d'enfants d'âge préscolaire atteints d'eczéma atopique. *Revue de psychoéducation*, 36(1), 149–165. <https://doi.org/10.7202/1097200ar>

Article abstract

Atopic eczema is an illness that affects as many as one preschool-aged child in five. Required treatments and precautions to reduce environmental irritants that can exacerbate symptoms have repercussions on family life. The main objective of this study is to identify the factors that have an impact on the parental stress of mothers with preschool aged children with atopic eczema.

Thirty-one mother-child pairs from 27 bi-parental families participated in the study. Correlational analysis confirms a positive relationship between the mother's assessment of the seriousness of her child's skin, her role as the primary caregiver of the child with atopic eczema and her level of parental stress. Moreover, a negative relationship between her satisfaction with the help she receives and her stress level was observed. Finally, a multiple regression analysis made it possible to classify the three variables having notable impact on these mothers' stress levels. In order of importance, these variables are: satisfaction with the help received; the mother's role as the child's primary caregiver, and; the mother's assessment of the seriousness of the skin. These results should encourage health care providers working with these mothers to assess mothers' support network and perception of the seriousness of the illness in order to reduce stressors associated with the parental role.

# Stress parental des mères d'enfants d'âge préscolaire atteints d'eczéma atopique

## Parental Stress of Mothers with Preschool-Aged Children with Atopic Eczema

M. - H. Poulin<sup>1</sup>

D. Thomas<sup>1</sup>

1. Université du Québec en  
Abitibi-Témiscamingue

### Correspondance :

Université du Québec en  
Abitibi-Témiscamingue  
445, Boul. de l'Université  
Rouyn-Noranda, Québec  
J9X 5E4

Téléphone: 1-877-870-8728  
poste 2669

Télocopieur: (819) 797-4727  
marie-helene.poulin@uqat.ca

### Résumé

*L'eczéma atopique est une maladie pouvant affecter jusqu'à un enfant d'âge préscolaire sur cinq. Cette affection a des répercussions sur la vie familiale dues aux traitements demandés et aux précautions à appliquer afin de réduire les irritants environnementaux pouvant exacerber les symptômes de la maladie. L'objectif principal de cette étude est d'identifier les facteurs ayant une incidence sur le stress parental des mères d'enfants d'âge préscolaire atteints de dermatite atopique.*

*Trente et une dyades mère-enfant provenant de 27 familles biparentales ont participé à l'étude. L'analyse corrélative confirme une relation positive entre l'évaluation par la mère de la gravité de l'état de la peau de l'enfant, son rôle de principale pourvoyeuse des soins à l'enfant atteint d'eczéma atopique et son niveau de stress parental. Par ailleurs, une relation négative entre la satisfaction de l'aide qu'elle reçoit et son niveau de stress parental est observée. Enfin, une analyse de régression multiple a permis de hiérarchiser les trois variables ayant une incidence notable sur le niveau de stress de ces mères. Par ordre d'importance, ces variables sont: la satisfaction de l'aide reçue, le fait que la mère soit la principale pourvoyeuse de soins à l'enfant et enfin, l'évaluation de la gravité de l'état de la peau par la mère. Ces résultats devraient inciter davantage les intervenants en contact avec ces mères à évaluer leur réseau d'aide ainsi que leur perception de la gravité de la maladie afin de diminuer les stressés associés à l'exercice de leur rôle parental.*

**Mots-clés : stress parental eczéma enfants  
préscolaire mères**

### Abstract

*Atopic eczema is an illness that affects as many as one preschool-aged child in five. Required treatments and precautions to reduce environmental irritants that can exacerbate symptoms have repercussions on family life. The main objective of this study is to identify the factors that have an impact on the parental stress of mothers with preschool aged children with atopic eczema.*

*Thirty-one mother-child pairs from 27 bi-parental families participated in the study. Correlational analysis confirms a positive relationship between the mother's assessment of the seriousness of her child's skin, her role as the primary caregiver of the child with atopic eczema and her level of parental stress. Moreover, a negative relationship between her satisfaction with the help she receives and her stress level was observed. Finally, a multiple regression analysis made it possible to classify the three variables having notable impact on these mothers' stress levels. In order of importance, these variables are: satisfaction with the help received; the mother's role as the child's primary caregiver, and; the mother's assessment of the seriousness of the skin. These results should encourage health care providers working with these mothers to assess mothers' support network and perception of the seriousness of the illness in order to reduce stressors associated with the parental role.*

**Keywords:** parental stress, eczema, children, preschool-age, mothers

### Introduction

L'eczéma atopique est une affection de la peau représentée par une sécheresse excessive de la peau, de l'inflammation, des croûtes qui pellent et des démangeaisons importantes. Elle est une des maladies les plus répandues dans les pays industrialisés avec une prévalence atteignant 20% chez les enfants d'âge préscolaire (Staab, von Rueden, Kehrt, Erhart, Wenniger, Kamtsiuris & Wahn, 2002). Pourtant, la dermatite atopique n'est généralement pas perçue comme une maladie présentant des problèmes majeurs pour les individus et leur famille et elle est fréquemment considérée comme une condition dermatologique mineure par les médecins et les administrateurs du secteur de la santé (Kemp, 2003).

Des études récentes indiquent que l'eczéma atopique peut constituer un désordre majeur avec des coûts et des impacts sociaux significatifs (Su, Kemp, Varigos, & Nolan, 1997; Pauli-Pott, Darui, & Beckmann, 1999; Oranje, & Waard-van der Spek, 2002; Kemp, 2003; Caroll, Balkrishnan, Feldman, Fleischer & Manuel, 2005). Su et al. (1997) avancent que le stress parental lié aux soins d'un enfant atteint d'eczéma atopique modéré à sévère est significativement plus élevé que celui des familles d'un enfant atteint de diabète de type 1 (insulinodépendant). Moore, David, Murray, Child et Arkwright (2006) ont pour leur part trouvé que lorsque comparé aux soins d'un enfant asthmatique, les parents et particulièrement les mères d'enfants atteints d'eczéma atopique modéré à sévère sont soumises à des perturbations du sommeil beaucoup plus importantes qui sont corrélées au niveau d'anxiété des deux parents ainsi qu'aux symptômes dépressifs chez la mère.

Lacharité, Éthier et Piché (1992) suggèrent de développer le volet clinique portant sur l'étude de différentes dyades parent-enfant possédant des caractéristiques exceptionnelles (parents négligents ou abusifs, parents d'enfants ayant des problèmes internalisés ou externalisés, mères adolescentes). La présente étude s'inspire particulièrement de cette suggestion afin d'accroître les connaissances de la dyade mère-enfant lorsque l'enfant est atteint d'eczéma atopique chronique.

## La dermatite atopique et le stress parental

L'eczéma est une maladie courante de la peau. Par ailleurs, il importe de distinguer l'eczéma atopique des autres formes d'eczéma de causes allergiques. Montplaisir et Marcoux (1985) caractérisent l'eczéma *atopique* par une tendance *héréditaire* à l'atopie, par sa *chronicité*, par la distribution anatomique particulière des lésions, par une prédisposition à une peau très sèche, par un seuil de tolérance abaissé au prurit et par des réponses paradoxales à certains stimuli physiologiques cutanés. La présence de maladie chronique chez un enfant signifie de nombreuses modifications au sein des relations familiales, des responsabilités de chacun des membres de la famille et des rôles (Deschesnes, 1997). Ainsi, la maladie chronique infantile tend à avoir un impact sur plusieurs aspects reliés au rôle de parent tels la détresse psychologique, les sentiments dépressifs, l'anxiété, le sentiment d'incompétence parentale et le stress parental (Deschesnes, 1997; Morin, 1999).

Le temps consacré quotidiennement au traitement de l'enfant atteint de dermatite atopique est en moyenne de trois heures (Su & al., 1997) et la mère est la personne qui applique les soins à l'enfant dans la majorité des cas (Elliot & Luker, 1997). Cette tâche supplémentaire comporte des conséquences pour la mère aux plans social, psychologique et familial. Lawson, Lewis-Jones, Reid, Owens et Finlay (1995) ont démontré qu'être parent d'un enfant atteint d'eczéma atopique augmente le niveau de stress des parents. Les éléments de la maladie qui influencent la routine familiale sont les soins courants à prodiguer à l'enfant, les pressions sociales concernant l'état de l'enfant et les recommandations à considérer pour le bien-être de l'enfant; les restrictions du style de vie occasionnées par les allergies alimentaires, l'organisation du temps pour les traitements, les allergènes à contrôler et les précautions d'hygiène. Le sommeil familial est perturbé par les troubles de sommeil de l'enfant qui demande des soins nocturnes afin de soulager ses démangeaisons (Su & al., 1997). Moore et al. (2006) avancent que les mères d'enfants atteints d'eczéma atopique perdent en moyenne 39 minutes de sommeil par nuit et les pères, 45 minutes par nuit. Les parents d'enfants asthmatiques ne perdent aucune minute de sommeil en comparaison.

La routine stricte ainsi que la surveillance accrue du grattage de l'enfant et de son environnement amènent des relations amicales réduites, faute de temps et d'énergie. Les vacances familiales demandent beaucoup d'organisation et sont la plupart du temps réduites dû aux restrictions requises par la maladie. La situation financière s'en trouve également affectée dû au coût des traitements, à la perte du revenu de la mère qui doit demeurer à la maison ainsi qu'aux aménagements nécessaires à l'élimination de la présence d'allergènes (Lynn, Lawton, Newham, Cox, Williams & Emerson, 1997). Les difficultés à trouver quelqu'un pour s'occuper de l'enfant font que les parents sortent rarement ensemble et bénéficient de peu de temps pour leur couple, seuls et sans être dérangés (Elliot & Luker, 1997). Les parents des enfants affectés par l'eczéma sont décrits comme étant émotionnellement tendus, se sentant coupables et ayant tendance à démontrer des attitudes surprotectrices ou de rejet envers l'enfant (Gil & Sampson, 1989; McSkimming, Gleeson, & Sinclair, 1984).

## Le stress parental

Un modèle théorique des déterminants du dysfonctionnement parental est proposé par Bigras, Lafrenière et Abidin (1996). Lacharité et al. (1992) définissent le stress parental comme un état de malaise psychologique relié au domaine spécifique de l'éducation de l'enfant, soit le stress que le parent vit lorsqu'il élève son enfant. Ce modèle suppose que la totalité des stress vécus par le parent est fonction de certaines caractéristiques importantes de l'enfant et du parent ainsi que des variables contextuelles directement reliées au rôle parental (Bigras & al., 1996). Selon ces mêmes auteurs, la documentation et l'expérience clinique suggèrent que les caractéristiques de l'enfant, lesquelles peuvent être vues comme des stressseurs pour le parent, peuvent se regrouper en quatre rubriques reliées au tempérament (adaptabilité, exigence, humeur et hyperactivité) et à deux autres rubriques (dépression et sentiment de compétence) qui traitent des attentes du parent et de son sentiment d'être récompensé par l'enfant. Ces deux dernières variables sont interreliées et il est postulé qu'elles ont un impact sur l'attachement du parent. Enfin, toujours selon Bigras et al. (1996), quatre variables situationnelles contribuent de façon notable au stress parental et sont considérées par l'outil soit : 1) la relation du parent avec son conjoint, 2) le soutien social disponible au parent, 3) la santé du parent et 4) la restriction causée par la fonction parentale.

Plusieurs facteurs peuvent influencer le niveau de stress vécu par le parent lorsqu'il éduque son enfant et qu'il est en relation avec celui-ci. Morin (1999) cite trois domaines d'où proviennent les sources de stress : 1) les caractéristiques parentales (le sentiment de compétence parentale, la restriction de rôle, la relation conjugale, le soutien social, la santé physique et la santé psychologique), 2) les caractéristiques de l'enfant (ses difficultés comportementales ou émotionnelles, ses caractéristiques physiques, sa capacité d'adaptation, son humeur et son tempérament) et 3) les caractéristiques de la relation entre le parent et l'enfant (la capacité de l'enfant à combler les attentes du parent et le renforcement du parent dans son rôle). Bien que ces différents facteurs puissent être considérés indépendamment les uns des autres, ils sont aussi interreliés.

Ohya et al. (2001) rapportent une relation indirecte entre la personnalité de la mère, le soutien de son conjoint et le soutien social qu'elle reçoit et la qualité de la relation patient-médecin. Deschesnes (1997) rapporte également que les parents responsables des soins d'un enfant atteint de maladie chronique désignent le conjoint comme étant la source de soutien la plus satisfaisante. Il semble donc important de s'intéresser au soutien reçu par la mère tant par son conjoint que par autrui puisque les besoins de ces familles se situent au plan du soutien, de l'information et des moyens pour pourvoir aux soins de l'enfant. Abidin et Wilfong (1989) ont démontré que le niveau de stress parental des mères d'enfants âgés de deux ans n'influencent pas la capacité de la mère à reconnaître les soins de santé requis pour son enfant. Conformément à ces résultats, une question demandant à la mère d'évaluer sa connaissance du traitement est incorporé au questionnaire de renseignement généraux afin d'évaluer si la perception de la mère de sa

connaissance du traitement de la dermatite atopique semble avoir une incidence sur le niveau de stress parental qu'elle vit.

Les résultats de Lacharité et al. (1992) indiquent qu'une des variables favorisant l'augmentation du stress parental chez la mère est le faible niveau de ressources financières de la famille. Ils notent également que les mères monoparentales obtiennent des scores au domaine du parent de l'*Indice de Stress parental (ISP)* plus élevés que les mères biparentales. Une relation significative est mentionnée entre d'une part, l'âge de la mère et son niveau de scolarité et d'autre part, son stress parental (Lacharité & al., 1992). Ces auteurs soulignent comme limite de leur étude, le fait que le stress n'y est évalué que dans le contexte d'une dyade mère-enfant. Cette procédure ne permet donc pas de tenir compte de la relation entre le stress que la mère ressent face à différents enfants dans la famille. Cette recherche ne peut donc pas apporter des précisions globales du stress parental que la mère ressent dans l'exercice complet de son rôle de parent. À ce sujet, les auteurs recommandent de retenir comme déterminants significatifs du stress parental chez les mères d'enfants d'âge préscolaire le nombre d'enfants dans la famille, le rang de l'enfant d'âge préscolaire ainsi que l'âge des autres enfants.

### **Objectif et hypothèses**

L'objectif principal de cette étude est de corroborer les résultats de Lawson, Lewis-Jones, Reid, Owens et Finlay (1995) qui ont démontré qu'être parent d'un enfant atteint d'eczéma atopique augmente le niveau de stress des parents. Par ailleurs, la présente étude tentera d'ajouter à la littérature existante en considérant les différentes variables ayant une influence sur ce type de stress telles que rapportées par Lacharité et al. (1992) d'élargir le volet clinique en déterminant le niveau de scolarité de la mère, son statut conjugal, le revenu familial, son âge, le nombre d'enfant dans la famille, le rang de l'enfant atteint d'eczéma et l'âge des autres enfants. De plus, la perception de la maladie par la mère et sa satisfaction face à l'aide qu'elle reçoit seront évaluées conformément aux recommandations d'études précédentes.

En conséquence, trois hypothèses sont posées. Une première hypothèse propose une relation positive entre l'évaluation de la gravité de l'état de la peau de l'enfant par la mère et son niveau de stress parental. Cette hypothèse s'inspire du principe avancé par Lacharité et al. (1992) voulant que la perception des parents de la gravité de la maladie joue un rôle important dans le stress parental.

La deuxième hypothèse suggère une relation négative entre la satisfaction face à l'aide reçue par la mère et son niveau de stress parental. Cette hypothèse s'inspire de la définition du stress de Bruchon-Schweitzer (2002) voulant que celui-ci corresponde à l'insuffisance ou à l'épuisement des ressources perçues comme nécessaires pour répondre aux contraintes spécifiques d'une situation pouvant excéder celles dont un sujet dispose ou croit disposer. De plus, tel que recommandé par Deschesnes, (1997) les données recueillies tiennent compte de l'évaluation individuelle et du réseau de soutien dans la mesure du stress. Deschesnes (1997) a

d'ailleurs démontré l'existence de liens entre le stress parental et le soutien social des parents ayant un enfant atteint de fibrose kystique.

Finalement, la troisième hypothèse envisage une relation positive entre le niveau de stress parental des mères d'enfants atteints d'eczéma atopique et le fait qu'elles soient les principales pourvoyeuses de soins. Plusieurs recherches ont démontré que le stress parental est plus élevé chez la mère et ce, principalement parce qu'elle porte la part la plus importante du fardeau des soins apportés à l'enfant (Cowan & Cowan, 1988) et aussi parce qu'elle est généralement plus impliquée psychologiquement dans son rôle de parent que le père (Staab & al., 2002).

## **Méthodologie**

### **Sujets**

Cette étude porte sur les mères d'enfants atteints d'eczéma atopique qui sont âgés entre 18 mois et six ans. Le diagnostic étant fait en général à huit mois et la chronicité établie à deux ans, le critère d'âge fixé à 18 mois se rapproche donc d'un diagnostic d'eczéma atopique chronique. Lacharité et al. (1992) affirment que l'ISP peut être utilisé avec des parents d'enfants de 0-10 ans mais qu'il est particulièrement utile dans les six premières années de vie de l'enfant puisque la période de 0-6 ans est perçue par les spécialistes du développement comme étant cruciale pour le développement ultérieur. Ils ajoutent que pour les parents cette période est souvent vécue comme exigeante et stressante. La présence d'asthme chez l'enfant atteint d'eczéma est recherchée afin de renforcer la probabilité d'un état atopique, mais elle n'est pas indispensable.

### **Procédures de recrutement**

Le recrutement des participantes a été fait au moyen d'affiches et de dépliants distribués par divers organismes en contact avec les mères (CLSC, Centre de la Petite Enfance, cliniques médicales, pharmacies, etc.). L'échantillonnage a été constitué suite à la participation active des mères qui indiquent leur volonté de participer de façon volontaire en laissant leurs coordonnées sur une boîte vocale puis en complétant et retournant les questionnaires par la poste.

### **Description de l'échantillon**

Le recrutement a permis de recueillir des données auprès de 27 mères dont quatre ont deux enfants atteints d'eczéma ce qui donne 31 dyades mère-enfant. Les 31 enfants ont entre dix-huit mois et six ans, sont atteints d'eczéma et chez seize de ces enfants, l'asthme est également présent. Chez ces enfants, dont l'âge moyen est de 3.3 années révolues (É.t.= 1.2 ans), 51.6% sont des garçons et 48.4% sont des filles. L'eczéma s'est déclaré en moyenne vers 6.1 mois (É.t.= 5 mois). Leur rang dans la fratrie est réparti de la façon suivante : 41.9% sont des aînés, 12.9% sont des benjamins et 45.2% sont des cadets.

Les familles étudiées comprennent entre un et cinq enfants. Le nombre moyen d'enfants dans la famille est de 2.2 (É.t.= 1.0). Chez ces 27 familles, trois ont un seul enfant atteint d'asthme et une famille a deux enfants atteints d'asthme seulement, ceux-ci excluant l'enfant atteint d'eczéma atopique. Concernant l'eczéma, 18 familles comptent un enfant atteint d'eczéma seulement et quatre familles ont deux enfants atteints d'eczéma seulement. La combinaison de l'eczéma et de l'asthme se retrouve chez 14 enfants de familles distinctes et deux enfants d'une même famille.

L'âge moyen des mères participantes est de 29.8 ans (É.t.= 5.2), la plus jeune ayant 22 ans et la plus âgée ayant 43 ans. Elles vivent toutes avec un conjoint et la relation conjugale dure depuis en moyenne 8.1 ans (É.t.= 4.5). En ce qui concerne leur occupation professionnelle, 63.3% occupent un emploi à l'extérieur de la maison. La majorité d'entre elles ont complété des études collégiales (38.7%) ou universitaire (32.3%), tandis qu'un faible pourcentage n'ont pas complété leurs études secondaires (9.7%). Quarante-deux pour cent des familles déclarent un revenu familial de 60 000\$ et plus.

Peu de ces femmes bénéficient d'aide extérieure sauf en ce qui a trait au gardiennage et au soutien médical. Par contre, 67.9% sont satisfaites ou très satisfaites de l'aide reçue et 54.8% auraient besoin d'aide supplémentaire. Cinquante-huit pour cent sont les principales pourvoyeuses de soins à l'enfant atteint d'eczéma ceci excluant les mères qui ont répondu que le père et la mère sont les personnes qui s'occupent de l'enfant de façon générale. Soixante-quatorze pour cent évaluent l'état de la peau de l'enfant comme bon et cinquante-sept pour cent évaluent que leur niveau de connaissance du traitement est à améliorer.

### Les instruments de mesure

Nous avons utilisé l'*Indice de Stress Parental (ISP)*, version française du *Parenting Stress Index* validé au Québec par Lacharité et al. en 1992. Il s'agit d'un questionnaire auto-administré comprenant 101 items appartenant à deux catégories principales de stressseurs pour le parent soit : les stressseurs reliés au domaine de l'enfant et les stressseurs reliés au domaine du parent. Les coefficients de fidélité interne (Alpha de Cronbach) de la version française sont respectivement de 0.91 pour le domaine de l'enfant, 0.92 pour le domaine du parent et 0.95 pour le stress total.

L'*ISP* est une mesure spécifique permettant d'évaluer les difficultés que le parent éprouve lorsqu'il éduque son enfant (Lacharité & al., 1992). Le parent répond sur une échelle de type Likert variant de « *profondément d'accord* » à « *profondément en désaccord* ». Une légère modification à la version maternelle du questionnaire fut apportée afin de préciser les directives destinées à la mère, l'énoncé « *pensez à l'enfant qui vous cause le plus de soucis* » a été remplacé par « *pensez à l'enfant atteint d'eczéma et d'asthme* » à l'aide d'un autocollant. Un score pour chacune de ces sous-échelles est obtenu, en plus d'un score global de façon à ce que plus la valeur est élevée, plus le stress est élevé. Les scores globaux dits



« normaux » se situent entre 180 et 250. Un score global de 175 et moins indique des parents pouvant être désengagés vis-à-vis leur rôle de parent et un score de 260 et plus, indique un stress parental élevé. Quant aux sous-échelles, un score égal ou supérieur à 122 pour le domaine de l'enfant et un score égal ou supérieur à 153 pour le domaine du parent porte à conclure que ces mères vivent un stress parental élevé dans ces domaines. Le domaine de l'enfant représente la perception de la mère face à son enfant et ses caractéristiques tandis que le domaine du parent décrit le parent comme personne et ses ressources. Tel que décrit par Lacharité et al. (1992), l'*ISP* peut être utilisé dans une perspective de prévention en identifiant des populations risquant de développer des difficultés avec l'enfant, et dans une perspective d'intervention en cernant les domaines de l'éducation qui sont les plus difficiles pour le parent.

De concert avec les résultats et les recommandations des auteurs consultés, nous avons élaboré un questionnaire de renseignements généraux permettant de dresser un portrait de la mère, de sa famille, de ses ressources et de ses besoins. Plusieurs variables ayant un impact sur le stress parental y sont incluses telles que : le niveau socio-économique familial, l'occupation de la mère, la présence d'un conjoint, le nombre d'enfants dans la famille, le rang dans la fratrie de l'enfant atteint, la présence d'eczéma ou d'asthme chez un autre enfant de la famille, l'évaluation par la mère de l'état de la peau et de l'asthme de l'enfant atteint au moment de la passation du questionnaire (ce dernier est noté sur une échelle de 1 (*très bon*) à 10 (*très grave*)), le nombre de traitements appliqués (sur une possibilité de 10 énoncés), l'évaluation par la mère de sa connaissance du traitement de l'eczéma sur une échelle de 1 (*ne connaît pas*) à 10 (*excellente*). De plus, l'accès à différentes sources d'aide provenant de la famille élargie et d'autres personnes (soins à l'enfant, travaux ménagers, gardiennage, accès à des spécialistes médicaux et rencontre avec d'autres parents vivant avec un enfant atteint d'eczéma atopique) est demandé (oui ou non). La satisfaction de l'aide reçue et de son amélioration de la qualité de vie est également évaluée sur une échelle de type Likert variant de 1 (*très satisfaite*) à 5 (*très insatisfaite*), le besoin d'aide supplémentaire ou de services additionnels (*oui* ou *non*) ainsi que la principale personne pourvoyeuse de soins (*père, mère, père et mère, autres*). Toutes ces données sont recueillies afin d'identifier des éléments ayant été identifiés dans le contexte théorique comme ayant une incidence sur le niveau de stress parental vécu par la mère.

## Résultats

### Analyses descriptives

Les mères de l'échantillon obtiennent une moyenne au score global de l'*ISP* de 231.7 (le score d'une population de mères québécoises d'enfants d'âge préscolaire sans maladie particulière se situe entre 180 et 250 selon les normes de l'instrument). Parmi ces mères, 29% (9 mères sur 31) présentent un stress parental élevé (score de 260 et plus) et 9.7% (3 mères sur 31) sont identifiées comme des parents désengagés (score de 175 et moins) selon leur score global à l'*ISP*. Ces deux sous-groupes situés aux extrémités de l'échelle de stress parental

représentent donc 38.7% de notre échantillon et ils sont constitués de mères ayant besoin d'intervention psychosociale pour assurer leurs fonctions parentales adéquatement. Le tableau 1 rapporte les scores aux sous-échelles de l'ISP des 31 dyades mère-enfant de l'échantillon.

Plus spécifiquement, nous constatons que les mères présentant un stress parental élevé sont toutes en couple depuis en moyenne 7,3 ans. Elles sont âgées en moyenne de 34,2 ans, 55,6% ont un niveau de scolarité collégial et 55,6% occupent un emploi extérieur. Leur famille se compose de un à cinq enfants (moyenne de 2,4). L'enfant atteint d'eczéma est âgé en moyenne de 3,9 ans et dans 55,6% des cas, il s'agit d'un garçon. Cet enfant est le cadet de la famille dans 44,4% de ces familles et il a débuté son eczéma en moyenne à 5,5 mois. Quatre-vingt neuf pour cent de ces mères ont un revenu familial se situant entre 10 000\$ et 59 999\$. En ce qui concerne l'aide reçue, elles bénéficient peu d'aide extérieure sauf en ce qui a trait au gardiennage et au soutien médical. D'ailleurs, 66,7% sont insatisfaites de l'aide reçue (elles ont noté entre 3 = *peu satisfaite*, 2 = *insatisfaite* et 1 = *très insatisfaite*) et la même proportion aurait besoin d'aide supplémentaire. Quatre-vingt neuf pour cent sont les principales pourvoyeuses de soins à l'enfant atteint d'eczéma. Cinquante-sept pour cent de ces mères évaluent l'état de la peau de l'enfant comme grave et 66,7% qualifient leur niveau de connaissance du traitement de bon.

**Tableau 1. Analyses descriptives des sous-échelles de l'ISP (N = 31)**

Sous-échelles	Moyenne
Hyperactivité (= 31)	21.3
Adaptabilité (= 31)	28.1
Renforcement (= 12)	9.2
Exigences (= 24)	22.4
Humeur (= 13)	11.4
Acceptabilité (= 17)	12.0
<b>Total du domaine de l'enfant (= 122)</b>	<b>104.3</b>
Compétences (= 37)	29.5
Isolement (= 18)	13.9
Attachement (= 16)	12.0
Santé (= 16)	13.2
Restrictions des rôles (= 26)	19.5
Dépression (= 27)	21.4
Relation conjugale (= 23)	18.1
<b>Total du domaine du parent (= 153)</b>	<b>127.7</b>
<b>Score total (= 260)</b>	<b>231.7</b>

Note. Les valeurs incluses dans les parenthèses représentent le seuil clinique.

## Analyses corrélationnelles et de régression hiérarchique multiple

Des analyses corrélationnelles utilisant le test T de Pearson en version bilatérale et la régression hiérarchique multiple ont été réalisées afin de vérifier les liens et d'attribuer un rang d'influence aux variables selon les hypothèses de recherche. La première hypothèse propose une relation positive entre l'évaluation de la gravité de l'état de la peau de l'enfant par la mère et son niveau de stress parental. L'analyse corrélationnelle nous permet de constater que les mères qui évaluent l'état de la peau de leur enfant comme grave présentent en effet un niveau de stress parental plus élevé ( $r = 0.499, p < 0.01$ ). Donc plus la mère évalue l'état de la peau de son enfant comme grave, plus son niveau de stress parental tend à être élevé.

La deuxième hypothèse suggère une relation négative entre la satisfaction de l'aide reçue par la mère et son niveau de stress parental. L'analyse corrélationnelle nous permet de constater que les mères satisfaites de l'aide reçue présentent en effet un niveau de stress parental moins élevé ( $r = -0.579, p < 0.001$ ). Donc, plus la mère est satisfaite de l'aide qu'elle reçoit moins elle est stressée dans son rôle de parent. Par ailleurs, une relation positive et significative est observée suite à une analyse corrélationnelle entre la satisfaction de l'aide reçue et le nombre d'années de scolarité ( $r = 0.548, p = 0.001$ ) et le revenu familial ( $r = 0.493, p = 0.002$ ) des mères. Une analyse de régression multiple a permis de constater que le revenu familial avait un impact plus grand ( $\beta = 0.214, p = 0.002$ ) que le nombre d'années de scolarité ( $\beta = 0.170, p = 0.008$ ) sur la satisfaction de la mère quant à l'aide reçue.

La troisième hypothèse envisage une relation positive entre le niveau de stress parental des mères d'enfants atteints d'eczéma atopique et le fait qu'elles soient les principales pourvoyeuses de soins. L'analyse corrélationnelle nous permet de constater que les mères qui se déclarent principales pourvoyeuses des soins à l'enfant atteint sont effectivement plus stressées dans leur rôle parental ( $r = -0.480, p < 0.01$ ). Donc, lorsque la mère est, en général, la personne en charge des soins à l'enfant, son niveau de stress parental est plus élevé.

Suite à cette analyse corrélationnelle, une analyse de régression multiple nous a permis de constater le rôle de chacune de ces variables en association avec le niveau de stress parental. Comme on peut le voir au tableau suivant, parmi ces trois variables, la satisfaction de l'aide reçue ( $\beta = -22.58, p = 0.001$ ) est le facteur faisant le plus varier le niveau de stress parental. Vient ensuite le fait que la mère soit la principale pourvoyeuse de soins à l'enfant ( $\beta = -35.17, p = 0,002$ ) et finalement, l'évaluation de la gravité de l'état de la peau de l'enfant faite par la mère ( $\beta = 5.46, p = 0.026$ ).

**Tableau 2. Sommaire des analyses hiérarchiques de régression multiple des variables en lien avec le score total à l'ISP (N = 31)**

Variables	B	Écart-type		R <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup>
- Satisfaction de l'aide reçue	-22,58	6,35	-0,55 ***	0,303	0,279
- Satisfaction de l'aide reçue	-21,83	5,41	-0,53 ***	0,513	0,478
- Mère qui voit aux soins	-35,17	10,12	-0,46 ***		
- Satisfaction de l'aide reçue	-17,00	5,42	-0,42 **		
- Mère qui voit aux soins	-33,94	9,41	-0,44 **	0,596	0,551
- Évaluation de l'état de la peau	5,46	2,32	0,31 *		

\*p<.05. \*\*p<.01. \*\*\*p<.001

## Discussion

Les moyennes des scores totaux obtenus permettent d'observer que les mères d'enfants d'âge préscolaire atteints d'eczéma atopique présentent un stress parental dans la moyenne des normes de l'instrument utilisé. Par ailleurs, ce niveau de stress peut paraître élevé particulièrement lorsqu'on considère les caractéristiques des mères composant notre échantillon. Lemyre, Tessier et Fillion (1990) affirment que l'augmentation du revenu correspond à une diminution du stress. Les personnes monoparentales sont celles qui présentent les scores les plus élevés dans la *Mesure du stress psychologique (MSP)*, alors que les gens vivant en couple (avec ou sans enfant) ont le niveau de stress le moins élevé. En conséquence, les mères de notre étude étant toutes en couple et déclarant un revenu familial se situant entre 60 000\$ et 100 000\$ chez 42% d'entre-elles, devraient présenter un niveau de stress parental moindre que la population en général. Le revenu moyen des familles au Québec se situe à 59 297\$ en 2001. De plus, l'âge de ces mères, en moyenne de 34,2 ans, ne justifie pas un manque d'expérience ou de maturité puisque l'enfant atteint est dans la majorité de ces familles le cadet, elles ont toutes fait l'expérience de la maternité avant cet enfant. Considérant notre échantillon de mères ayant un stress parental élevé, la seule autre caractéristique pouvant expliquer leur niveau de stress parental est l'âge moyen des enfants soit 3,9 ans. Il est bien documenté que les enfants âgés entre 2 et 5 ans sont les plus victimes d'abus physiques dû au mode oppositionnel adopté à cet âge qui confronte les parents dans leurs limites et leurs valeurs. Abidin (1982) a d'ailleurs rapporté un niveau de stress parental significativement différent entre les mères d'enfants âgés entre 19 et 24 mois et les mères d'enfants âgés entre 25 et 48 mois visitant une clinique pédiatrique et dont l'enfant a reçu un diagnostic de lésions traumatiques. Celles composant le deuxième groupe vivant un stress parental plus élevé.

Hémond (1999) a aussi utilisé l'ISP pour évaluer le stress parental de mères et étudier l'impact du stress sur la sensibilité maternelle durant la petite enfance. Le groupe de sujets est composé de 48 dyades mère-enfant dont les enfants sont âgés de 10 mois et ne présentent aucun problème de santé. Les caractéristiques socio-économiques sont comparables aux mères composant notre échantillon. Pourtant,

le score total des sujets de Hémond (1999) est moindre (198.45) que celui des participantes de notre étude (231.7) malgré le stress qu'apporte la venue d'un nouveau-né.

Nos résultats sont également corroborés par Duludet (1992) qui a mené une étude auprès de mères à risque psychosocial (AR); ces mères présentaient 7 caractéristiques sur une liste de 23 les identifiant comme potentiellement négligentes avec leur enfant, de mères à risque avec intervention (ARI) et de mères non à risque (NAR) comme groupe témoin. Le stress parental de ces mères à été évalué avec l'*ISP*. Les mères à risque ont obtenu un score total de 231.6 comparativement aux participantes de notre étude qui ont obtenu 231.7. Par ailleurs, les caractéristiques socio-économiques de ces deux groupes de mères semblent également comparables. Les mères à risque psychosocial contribuant à la recherche de Duludet (1992) obtenaient pour leur part un score total à l'*ISP* de 265.3.

Gaudreault (1995) a également utilisé l'*ISP* dans son projet mené auprès de 126 dyades mère-enfant dont les enfants sont âgés en moyenne de 48,2 mois. Les mères de cette étude sont comparables à nos participantes quant au revenu familial (moyen-élevé), au niveau de scolarité ainsi qu'à l'âge des mères. Le score total obtenu à l'*ISP* par l'échantillon de Gaudreault (1995) se situe à 221 ce qui est nettement moins élevé que nos sujets (231,7).

La première hypothèse qui proposait une relation positive entre l'évaluation de la gravité de l'état de la peau de l'enfant par la mère et son niveau de stress parental est confirmée par nos résultats. Ohya et al. (2001) indiquent que les variables prédictives les plus importantes de la fidélité au traitement sont la qualité de la relation entre le médecin et la mère et la sévérité de la maladie telle que perçue par la mère. Par ailleurs, en accord avec les résultats d'Abidin et Wilfong (1989) rapportant que contrairement au folklore clinique, les mères d'enfants âgés de 24 à 35 mois présentant un niveau de stress parental élevé sont en mesure de prendre les bonnes décisions concernant les soins de santé pour leur enfant, 66,7% des mères vivant un stress parental élevé considèrent que leurs connaissances du traitement est bon. Le professionnel ne devra donc pas orienter son intervention vers l'éducation au traitement mais bien vers l'identification des facteurs qui influencent la perception de la mère face à l'état de la peau de son enfant et donc vers un domaine subjectif du vécu parental face à la maladie.

L'analyse statistique utilisée pour vérifier la seconde hypothèse indique qu'il existe une relation positive et significative entre la satisfaction face à l'aide reçue par les mères et leur niveau de stress parental. Dans le même ordre d'idées, la troisième hypothèse voulant que les mères qui se déclarent principales pourvoyeuses des soins à l'enfant atteint soient stressées dans leur rôle parental est confirmée. Par ailleurs, les mères qualifiées de désengagées sont moins nombreuses à être les principales pourvoyeuses de soins à l'enfant atteint d'eczéma que chez les deux autres groupes. Bien que notre échantillon de mères dites désengagées soit limité à trois participantes, ces résultats appuient d'autres recherches qui ont démontré que

le stress parental est plus élevé chez la mère et ce, principalement parce qu'elle porte le plus gros fardeau des soins à l'enfant (Cowan, & Cowan, 1988; Staab & al. 2002).

D'après l'étude menée par Pelletier, Godin et Dussault (1992), sur les mères d'enfants atteints d'asthme et de diabète, le soutien émotionnel reçu par les mères favorise le fonctionnement social de l'enfant. Faisant suite à ces chercheurs, Bellemare (1993) affirme que les mères qui reçoivent un important soutien émotionnel et instrumental de la part d'amis ou de parents fonctionnent plus efficacement dans leur rôle parental que les mères qui en reçoivent moins. De plus, des problèmes conjugaux peuvent découler des difficultés à trouver quelqu'un pour s'occuper de l'enfant faisant que les parents sortent rarement ensemble et bénéficient de peu de temps pour leur couple, seuls et sans être dérangés (Elliot & Luker, 1997). Les besoins de ces familles se situent aux plans du soutien, de l'information et des moyens pour pourvoir aux soins de l'enfant. Ces constats tendent vers la même conclusion que notre étude remarquant le besoin de soutien pour les mères d'enfants atteints d'eczéma atopique.

Koegel et al. (1992, dans Morin, 1999) expliquent que le stress parental des mères est plus élevé que celui des pères dans le cas d'enfants présentant des difficultés parce que ce sont généralement les mères qui quittent leur emploi pour demeurer à la maison à plein temps et s'occuper de l'enfant malade. Quant au père, il garde son emploi et ainsi, sa fonction de pourvoyeur aux besoins de la famille et peut y libérer son stress à l'extérieur du cadre familial. De son côté, la mère n'a souvent que le milieu familial pour exprimer son stress ce qui explique en partie, la présence de dépression parfois rencontrée chez ces mères. Lawson et al. (1995) rapportent également que ces mères occupent moins souvent un emploi extérieur et bénéficient de moins de soutien de leurs contacts sociaux. Cette conclusion ne s'applique pas à notre échantillon puisque les mères étudiées occupent un emploi extérieur dans des proportions semblables pour nos trois groupes (stress normal, stress élevé et stress extrêmement bas). Toutefois, Deschesnes (1997) a démontré que le vécu des pères se rapproche étroitement de celui des mères en ce qui a trait à l'adaptation des parents à la maladie chronique. Par ailleurs, cette auteure remarque que la mère est souvent la principale responsable des soins et de l'éducation de l'enfant atteint de maladie chronique. Cette constatation nous rappelle que chaque situation familiale est unique, chaque parent est unique et chaque individu interprète et répond à la maladie à sa façon.

La confirmation statistique des deux premières hypothèses nous conduit à suggérer que les spécialistes prennent en considération ces facteurs (niveau de satisfaction face à l'aide reçue, rôle de pourvoyeuse principale) lorsque ces mères consultent les spécialistes afin d'évaluer les possibilités d'aide additionnelle (père, famille, etc.). De plus, en accord avec Sadler (2000), Elliot et Luker (1997) ainsi que Lynn et al. (1997), nous recommandons fortement le développement d'un service de visite à domicile et/ou de cliniques spécialisées afin de soutenir les parents dans le suivi des soins spécifiques aux enfants atteints d'eczéma atopique. D'autant plus que selon Broberg et al. (1990), la principale plainte des parents est que le

dermatologue et le médecin généraliste ne passent pas suffisamment de temps à leur expliquer la nature de l'eczéma atopique et la façon d'appliquer le traitement. Ajoutons que Cork et al. (2003) ont récemment observé une réduction de la sévérité de l'eczéma chez 89% des enfants dont les parents ont eu accès à des séances d'éducation et de démonstration de l'application du traitement topique par une infirmière spécialisée en dermatologie, ce qui est un résultat plus que souhaitable. Staab et al. (2002) ont également mené un programme d'éducation auprès des parents d'enfants atteints d'eczéma atopique et rapportent des résultats justifiant la nécessité d'un tel type de soutien conjointement au traitement dermatologique. Leur programme de six rencontres d'une durée de deux heures chacune touchent les sphères médicales, la nutrition et les impacts psychologiques de la maladie. Les parents ayant participé à ce programme ont augmenté de façon significative leur fidélité au traitement en utilisant de façon plus appropriée les émoullissants, les antiseptiques et les corticostéroïdes augmentant par la même occasion l'efficacité du traitement.

Les considérations des médecins et des parents à l'égard des traitements diffèrent. Les spécialistes considèrent d'abord les effets à long terme des médicaments qu'ils prescrivent particulièrement pour les enfants, tels que l'atrophie de la peau et la dépigmentation tandis que les parents s'intéressent davantage aux effets à court terme sur les symptômes actuels de leurs enfants tels que la sécheresse de la peau, les démangeaisons, les rougeurs et les sensations de brûlure (Paller, McAlister, Doyle & Jackson, 2002). Ces distinctions sont importantes à considérer en ce qui concerne les orientations cliniques des médecins afin que ces derniers s'intéressent d'abord à la perception des parents pour ensuite les informer et tendre vers une évaluation plus réciproque et objective de l'état de la maladie et du traitement optimal. La compréhension partagée est capitale quant à l'impact sur l'état de l'enfant et le stress parental vécu. Cela est d'autant plus important qu'une étude américaine récente mentionnait que 49% de leurs répondants affirment que leur médecin généraliste est leur principale source d'information (Paller & al., 2002). Le rôle des professionnelles de la santé est donc primordial et déterminant pour le bien-être de l'enfant et de sa famille.

De plus, une relation positive a été trouvée entre l'évaluation de la gravité de l'état de la peau de l'enfant atteint d'eczéma atopique et le niveau de stress parental de la mère. Quoique cette évaluation soit subjective, elle devrait être prise en compte par les spécialistes lorsqu'ils rencontrent ces mères. Cela leur permettrait de considérer une partie du stress parental vécu par cette mère et par la suite, de lui offrir le soutien nécessaire afin qu'elle soit plus à l'aise dans son rôle de parent. Nous avons en effet souligné que la relation entre le médecin et le parent ainsi que la perception de la mère de la gravité de la maladie, influencent directement la fidélité au traitement et donc le bien-être de l'enfant vivant avec la dermatite atopique. Dans cette perspective, la sévérité de la maladie doit être évaluée de façon objective par le spécialiste, puis comparée avec l'évaluation subjective de la mère. Sans oublier que la sévérité de la dermatite atopique joue un rôle important quant au stress parental puisque le sommeil est d'autant plus perturbé par les démangeaisons et l'anxiété liée au traitement est augmentée.

De leur côté, Arvola, Tahvanainen et Isolauri (2000) concluent que les parents d'enfants atteints d'eczéma atopique doivent bénéficier d'une approche multidisciplinaire (pédiatre, dermatologue, diététiste) globale pour les soins des enfants. Ils ont observé que 90% des 81 parents de leur étude percevaient les soins d'un enfant atopique comme beaucoup plus exigeants que pour un enfant sain. La persistance des symptômes, comme les lésions d'eczéma, les démangeaisons et les problèmes de sommeil sont les principales causes de ce niveau élevé d'exigence. Ces recherches appuient l'idée selon laquelle il est primordial que le clinicien s'intéresse d'abord à la perception de la mère face à la maladie, face à son enfant et face au traitement afin qu'elle vive un bien-être dans son rôle de parent et comme personne responsable du traitement particulièrement chez l'enfant d'âge préscolaire. Nos résultats soutiennent en partie ces constats puisque les mères ont notés des scores relativement élevés aux rubriques adaptabilité, humeur et exigences du domaine de l'enfant de l'*I/SP* ce qui laisse croire qu'elles perçoivent leur enfant atteint d'eczéma comme plus difficile à ces niveaux. Les résultats d'Arvola et al. (2000) confirment également que ces mères ont besoin d'aide et sont parfois dépassées par les attentions rigoureuses requises par la maladie. Élément non-négligeable, l'absence de traitement curatif pour l'eczéma atopique remet en question le rôle culturel alloué à la mère par la société occidentale voulant qu'elle soit responsable du bien-être de son enfant. Cette croyance apporte, selon nous, un deuil à faire pour la mère, d'un enfant « en santé » et une remise en question des limites de son rôle maternel. Sans oublier que l'eczéma atopique est une maladie héréditaire pouvant lui faire vivre la culpabilité d'avoir transmis les gènes responsables de la maladie à l'enfant.

### **Conclusion**

Plusieurs nouvelles pistes s'ouvrent suite à cette recherche. Le soutien des mères d'un enfant d'âge préscolaire ayant une particularité médicale est une avenue intéressante. Ce qui ressort le plus de cette étude est, l'importance de la perception de la mère face à ses ressources ainsi qu'à la situation avec laquelle elle doit composer. Par conséquent, la recherche devrait s'intéresser aux facteurs ayant une incidence sur la perception de la mère face à la maladie, face à son enfant atteint, face à l'aide qu'elle reçoit ainsi qu'à son rôle comme parent d'un enfant malade. L'influence de cette perception pour la rendre plus juste, dédramatiser la maladie en éduquant les parents, évaluer le réseau de soutien disponible et l'utilisation faite, déculpabiliser et outiller la mère face à son rôle dans la maladie sont toutes des pistes pour les intervenants désirant avoir des impacts bénéfiques sur la qualité de vie familiale de ces mères et en retour, celle de leurs enfants.



## Références

- Abidin, R. R. (1982). Parenting stress and the utilization of pediatric services. *Children's health care, 11*, 70-73.
- Abidin, R. R., & Wilfong, E. (1989). Parenting stress and its relationship to child health care. *Children's health care, 18*, 114-116.
- Arvola, T., Tahvanainen, A., & Isolauri, E. (2000). Concerns and expectations of parents with atopic infants. *Pediatric Allergy and Immunology, 11*, 183-188.
- Bellemare, C. (1993). *Influence des facteurs du réseau social sur le sentiment de compétence parentale de mères d'enfants d'âge préscolaire*. Mémoire de maîtrise: Université du Québec à Trois-Rivières.
- Bigras M., Lafrenière, P.J., & Abidin, R.R. (1996). *Indice de stress parental : manuel francophone en complément à l'édition américaine*. Toronto: Multi-Health Systems Inc.
- Broberg, A., Kalimo, K., Lindblad, B., & al. (1990). Parental education in the treatment of childhood atopic eczema. *Acta Dermato-venereologica, 70*, 495-499.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes*. Paris: Dunod.
- Carroll, C. L., Balkrishnan, R., Feldman, S. R., Fleisher, A. B., & Manuel, J. C. (2005). The burden of atopic dermatitis: impact on the patient, family, and society. *Pediatric Dermatology, 22*, 192-199.
- Cork, M.J., Britton, J., Butler, L., Young, S., Murphy, R., & Keohane, S.G. (2003). 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. *British Journal of Dermatology, 149*, 582-589.
- Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (1988). Who does what when partners become parents: implications for men, women and marriage. *Marriage and Family Review, 12*, 105-131.
- Deschesnes, N. (1997). *Liens entre le stress parental et le soutien social des parents ayant un enfant atteint de fibrose kystique*. Mémoire de maîtrise: Université du Québec à Trois-Rivières.
- Duludet, A. (1992). *Comparaison du stress parental entre un groupe de mères à risque psycho-social et un groupe de mères non à risque*. Mémoire de maîtrise: Université du Québec à Trois-Rivières.
- Elliot, B., & Luker, K. (1997). The experiences of mothers caring for a child with severe atopic eczema. *Journal of Clinical Nursing, 6*, 241-247.
- Gaudreault, M. (1995). *L'influence directe et indirecte du soutien social, du stress parental maternel et de l'attachement de l'enfant d'âge préscolaire sur les symptômes d'intériorisation*. Mémoire de maîtrise: Université du Québec à Trois-Rivières.
- Gil, K.M., & Sampson, H.A. (1989). Psychological and social factors of atopic dermatitis. *Allergy, 44*, 84-89.
- Hémond, I. (1999). *Les différents stress et la sensibilité maternelle*. Mémoire de maîtrise: Université du Québec à Trois-Rivières.
- Kemp, A.S. (2003). Cost of illness of atopic dermatitis in children: a societal perspective. *Pharmacoeconomics, 21*, 105-113.
- Lacharité, C., Éthier, L., & Piché, C. (1992). Le stress parental chez les mères d'enfants d'âge préscolaire : validation et normes québécoises pour l'Indice de Stress Parental. *Santé mentale au Québec, XVII*, 183-204.
- Lawson, V., Lewis-Jones, M. S., Reid, P., Owens, R.G., & Finlay, A.Y. (1995). Family impact of childhood atopic eczema. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 5*, S101.
- Lemyre, L., Tessier, R., & Fillion, L. (1990). *Mesure du stress psychologique (M.S.P.)*. Brossard: Behaviora inc.
- Lynn, S. E., Lawton, S., Newham, S., Cox, M., Williams, H. C., & Emerson, R. (1997). Managing atopic eczema running a specialist clinic. *Professional Nurse, 12*, 706-713.
- McSkimming, J., Gleeson, L., & Sinclair, M. (1984). A pilot study of a support group for parents of children with eczema. *The Australasian Journal of Dermatology, 25*, 8-11.

- Montplaisir, S., & Marcoux, D. (1985). Mise à jour sur les allergies cutanées. *L'Union médicale du Canada*, 114, 28-36.
- Moore, K., David, T. J., Murray, C. S., Child, F., & Arkwright, P. D. (2006). Effect of childhood eczema and asthma on parental sleep and well-being : a prospective comparative study. *British Journal of Dermatology*, 154, 514-518.
- Morin, C. (1999). *Le stress parental chez les parents d'enfants atteints d'un problème de santé mentale ou d'un problème de santé physique*. Mémoire de maîtrise: Université du Québec à Trois-Rivières.
- Ohya, Y., Williams, H., Steptoe, A., Saito, H., Iikura, Y., Anderson, R., & Akasawa, A. (2001). Psychosocial factors and adherence to treatment advice in childhood atopic dermatitis. *Journal of Investigation in Dermatology*, 117, 852-857.
- Oranje, A. P., & de Waard-van der Spek, F. B. (2002). Atopic dermatitis: review 2000 to january 2001. *Pediatrics*, 14, 410-413.
- Pauli-Pott, U., Darui, A., & Beckmann, D. (1999). Infants with atopic eczema dermatitis: Maternal Hopelessness, child-rearing attitudes and perceived infant temperament. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 39-45.
- Paller, A. S., McAlister, R. O., Doyle, J. J., & Jackson, A. (2002). Perceptions of physicians and pediatric patients about atopic dermatitis, its impact, and its treatment. *Clinical Pediatrics*, 41, 323-332.
- Pelletier, L., Godin, G., & Dussault, G. (1992). *Maladie chronique chez les enfants et les adolescents : impact de la maladie sur la famille, soutien social et adaptation*. Québec: Conseil québécois de la recherche sociale.
- Sadler, C. (2000). Soothing the way Severe eczema in children can put families under a great deal of stress. *Nursing Standard*, 14, 16-17.
- Staab, D., von Rueden, U., Kehrt, R., Erhart, M., Wenniger, K., Kamtsiuris, P., & Wahn, U. (2002). Evaluation of a parental training program for the management of childhood atopic dermatitis. *Pediatric Allergy and Immunology*, 13, 84-90.
- Su, J. C., Kemp, A. S., Varigos, G. A., & Nolan, T. M. (1997). Atopic eczema: its impact and financial cost. *Archives of Diseases in Childhood*, 76, 159-162.