

Évaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité d'un module de psychoéducation parent-enfant sur la gestion de l'anxiété et du stress chez des enfants âgés entre 7 et 12 ans atteints d'allergies alimentaires

Auteur : Dalla Libera, Alyssa

Promoteur(s) : Stassart, Céline

Faculté : par la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Education

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée

Année académique : 2024-2025

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/24891>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative" (BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'œuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

**Évaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité d'un module de
psychoéducation parent-enfant sur la gestion de l'anxiété et du stress chez
des enfants âgés entre 7 et 12 ans atteints d'allergies alimentaires**

Sous la direction de Madame Céline STASSART

Lecteurs : Madame Anne-Marie ETIENNE
Madame Aurélie WAGENER

Mémoire présenté par **Alyssa DALLA LIBERA**

En vue de l'obtention du grade de Master en Sciences Psychologiques

Année académique 2024-2025

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué et qui m'ont soutenue de près ou de loin dans la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, je tiens à exprimer ma profonde gratitude et à adresser mes remerciements envers ma promotrice, Madame Céline Stassart, pour ses conseils avisés et son accompagnement tout au long de ce mémoire.

Je remercie Madame Anne-Marie Etienne et Madame Aurélie Wagener, pour l'intérêt qu'elles ont porté à mon travail et le temps qu'elles y ont consacré.

J'aimerais également remercier le service de pédiatrie du CHR de Verviers pour avoir accepté notre intervention au sein de leur institution.

Je souhaite exprimer mes plus profonds remerciements aux trois familles qui ont accepté de participer à cette recherche. Sans leur présence, ce projet n'aurait pas abouti.

Je remercie Madame Élena Gemoets, présente lors des séances, pour ses conseils et son encadrement.

Je tiens à remercier Ysaline Bronne pour son aide précieuse lors de notre intervention et dans la réalisation de ce mémoire.

Enfin, j'adresse mes sincères remerciements à Lauren et Mélanie pour la relecture de ce mémoire.

Plus particulièrement, je souhaite souligner ma profonde reconnaissance envers ma tante qui m'a épaulée et soutenue dans mes nombreux travaux tout au long de mes années d'études. Merci également à ma famille proche et mes amis pour leur soutien indéfectible. Enfin, merci à mes grands-parents qui ont toujours cru en moi.

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	2
1. Allergie alimentaire.....	2
1.1. Définition.....	2
1.2. Symptômes	3
1.3. Prévalence	4
1.4. Étiologie.....	4
1.4.1. Facteurs génétiques	4
1.4.2. Facteurs environnementaux	4
1.5. Diagnostic	5
1.5.1. Tests cutanés (prick-test) et épicutanés (patch test).....	5
1.5.2. Test de provocation orale	6
1.5.3. Tests sanguins : dosage des IgE spécifiques	6
1.6. Traitements et prise en charge allergiques.....	7
1.6.1. Régime d'évitement.....	7
1.6.2. Trousse d'urgence (TU) et médicaments.....	7
1.6.3. L'immunothérapie	7
1.6.3.1. Immunothérapie orale	8
1.6.3.2. Immunothérapie épicutanée	8
1.6.3.3. Immunothérapie sublinguale	8
1.6.4. Éducation thérapeutique.....	8
2. Qualité de vie	9
2.1. Définition.....	9
2.2. La qualité de vie des enfants atteints d'allergies alimentaires	9
2.2.1. Limitations sociales	10
2.2.2. Répercussions scolaires	10
2.2.3. L'intimidation.....	11
2.2.4. Anxiété des enfants liée à l'allergie alimentaire	12
2.3. La qualité de vie des parents d'enfants atteints d'allergies alimentaires.....	12
2.3.1. Vie familiale	13
2.3.2. Impact socio-économique de l'allergie alimentaire.....	14

2.3.3.	<i>Vie professionnelle</i>	14
2.3.4.	<i>Anxiété des parents liée à l'allergie alimentaire</i>	14
3.	<i>Les interventions sur la gestion de l'anxiété et du stress auprès des enfants atteints d'allergies alimentaires</i>	15
3.1.	Anxiété et stress	15
3.1.1.	<i>L'anxiété</i>	16
3.1.2.	<i>Le stress</i>	16
3.2.	Les interventions auprès des enfants atteints d'allergies alimentaires	17
3.2.1.	<i>Les interventions existantes auprès des enfants</i>	18
3.3.	Les interventions auprès des parents d'enfants atteints d'allergies alimentaires	19
3.3.1.	<i>Les interventions existantes auprès des parents</i>	19
3.4.	Les programmes parent/enfant	20
3.4.1.	<i>L'utilité d'une intervention parent/enfant combinée</i>	20
3.4.2.	<i>Les programmes existants liés à l'allergie alimentaire</i>	21
OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES	23
MÉTHODOLOGIE	24
1.	<i>Échantillon</i>	24
1.1.	Procédure de recrutement	24
1.2.	Critères d'inclusion et d'exclusion	25
1.3.	Participants	25
2.	<i>L'intervention</i>	25
2.1.	Considérations éthiques	25
2.2.	Protocole expérimental	26
2.2.1.	<i>Protocole des parents</i>	26
2.2.2.	<i>Protocole des enfants</i>	26
2.3.	Contexte et lieu de passation	27
3.	<i>Les outils de mesure</i>	28
3.1.	Les questionnaires et échelles	28
3.1.1.	<i>Le questionnaire sociodémographique</i>	28
3.1.2.	<i>Le "State-Trait Anxiety Inventory" (STAI; Spielberger et al., 1971)</i>	28
3.1.3.	<i>"Scale of Food Allergy Anxiety – Parents" (SOFAA-P; Dahlgård et al., 2022)</i>	29
3.1.4.	<i>Sentiment d'auto-efficacité</i>	29

3.1.5. <i>Le “McGill Quality of Life Questionnaire revised (MQOL-R; Cohen et al., 2017)</i>	30
3.1.6. <i>Le « Food Allergy Quality of Life Parent form (FAQL-PF; DunnGalvin et al., 2008)</i>	30
3.1.7. <i>Questionnaire d’Observatoire national de l’activité physique et de la sédentarité (ONAPS-PAQ ; Charles et al., 2021)</i>	31
3.1.8. <i>Le questionnaire de satisfaction du programme</i>	32
3.2. Module d’intervention	33
4. Les analyses statistiques.....	35
RÉSULTATS.....	37
1. Caractéristiques des participants	37
2. Faisabilité	40
3. Acceptabilité.....	42
4. Efficacité préliminaire.....	44
4.1. <i>Statistiques descriptives.....</i>	45
4.2. <i>Statistiques inférentielles non paramétriques.....</i>	46
4.3. <i>Analyses visuelles.....</i>	47
DISCUSSION.....	50
1. Rappel des objectifs et hypothèses, de la méthodologie et de question recherche	50
2. Retour sur les hypothèses.....	51
3. Les limites	57
4. Perspectives futures.....	58
CONCLUSION.....	60
BIBLIOGRAPHIE	61
Annexes.....	77

Table des tableaux

Tableau 1. Normes de l'anxiété trait de la version française du STAI (Gauthier & Bouchard, 1993).....	29
Tableau 2. Normes du FAQL-PF (DunnGalvin et al., 2008).	31
Tableau 3. Données sociodémographiques de chaque parent et de son enfant.	37
Tableau 4. Pourcentage de réponses des parents sur la satisfaction des séances.	43
Tableau 5. Pourcentage de réponses des parents sur l'utilité des séances.	43
Tableau 6. Moyennes et écart-types aux différents tests.	45
Tableau 7. Valeurs W et probabilités associées du test de rang pour échantillons pairés de Wilcoxon	47

Table des figures

Figure 1. Organisation temporelle du protocole expérimental.....	27
Figure 2. Déroulement temporel des différents questionnaires.....	33
Figure 3. Diagramme CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) illustrant le parcours des participants durant l'étude (Bronne, 2025)	40
Figure 4. Répartition des participants lors des différentes évaluations à chaque étape de l'étude	41
Figure 5. Évaluation des scores de la VAS au cours du temps pour chaque sujet.....	48
Figure 6. Évaluation des scores de la Qualité de Vie globale du MQOL-R au cours du temps pour chaque sujet.....	48
Figure 7. Évaluation des scores des sous-échelles du MQOL-R au cours du temps pour chaque sujet.	49
Figure 8. Évaluation des scores du FAQL-PF au cours du temps pour chaque sujet.....	49
Figure 9. Évaluation des scores du SOFAA-P au cours du temps pour chaque sujet	49

Liste des abréviations

AA	Allergie alimentaire
ETP	Éducation thérapeutique
IgE	Immunoglobuline E
IT	Immunothérapie
ITO	Immunothérapie orale
MC	Maladie chronique
QdV	Qualité de vie
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale

INTRODUCTION

L'allergie alimentaire (AA) est une réaction indésirable du système immunitaire lors de l'ingestion d'un aliment contenant des protéines (Lee et al., 2024 ; Waserman & al., 2011). Les enfants atteints d'AA souffrent de nombreux symptômes : manifestations cutanées, cardio-vasculaires, respiratoires... (Waserman & al., 2011) En outre, l'une des manifestations les plus sévères et dangereuses, appelée anaphylaxie, peut entraîner un décès (Pouessel, 2023). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) considère l'AA comme un problème capital de la santé publique, cette pathologie est d'ailleurs située en 4^e position. En effet, l'AA touche 5 à 8% des enfants et 2 à 4% des adultes. Selon Ballegaard et al. (2023), la prévalence de l'AA augmente d'année en année.

La qualité de vie (QdV) des enfants et de leurs parents peut être considérablement impactée par la gestion quotidienne des AA. Elles sont susceptibles de causer de l'anxiété et de l'inquiétude chez les différents membres de la famille et, de ce fait, provoquer une altération de la QdV (Knibb et al., 2024). Cette situation peut être expliquée par des facteurs tels qu'une exposition accidentelle à l'allergène, une diminution de l'interaction sociale (Aaneland et al., 2024) ou encore une perturbation des routines de la vie quotidienne (Valentine et al., 2011). C'est pourquoi il est important de prendre en compte ces différents éléments psychologiques dans la prise en charge de la maladie. Pourtant, selon Polloni et al. (2020), les interventions concernant la gestion de l'anxiété restent faibles.

En ce sens, il semble judicieux de développer un module de psychoéducation parent - enfant visant à outiller les parents sur la gestion de l'anxiété de leur enfant âgé entre 7 et 12 ans atteint d'AA. Les informations et les conseils transmis par les professionnels de la santé en ce qui concerne les AA peuvent se montrer insuffisants pour diminuer l'anxiété (Knibb, 2015), raison pour laquelle il est également intéressant de mettre en place ce type de module. En effet, une approche globale des AA, en ne se limitant pas à l'aspect médical, est pertinente (Michaud & Bierme, 2022).

Cette recherche a pour but d'évaluer l'acceptabilité et la faisabilité d'un module de psychoéducation parent-enfant sur la gestion de l'anxiété chez des enfants âgés entre 7 et 12 ans atteints d'allergies alimentaires.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. Allergie alimentaire

1.1. Définition

Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS, 2009) a défini l'allergie alimentaire (AA) comme étant : « *une réaction d'hypersensibilité provoquée par des mécanismes immunologiques et responsable de symptômes objectifs, reproductibles survenant suite à l'ingestion d'un allergène alimentaire* ».

Il existe trois catégories différentes d'AA : les réactions d'hypersensibilité médiées par les immunoglobulines de classe E (IgE), les réactions d'hypersensibilité non IgE-médiées et les réactions d'hypersensibilité mixtes (Yu et al., 2016).

- Les réactions d'hypersensibilité médiées par les IgE sont les plus étudiées. Lors de l'ingestion d'un allergène, une réaction alimentaire apparaît suite à une réponse du système immunitaire qui crée des anticorps appelés IgE (Evrard, 2020). Les réactions sont rapides et les différents symptômes apparaissent dans les minutes qui suivent. L'atteinte du système cardiaque et du système neurologique est l'une des manifestations les plus sévères, souvent associée à des symptômes cutanés ou respiratoires, ce qui peut potentiellement entraîner un choc anaphylactique (Anvari et al., 2019). Ce type d'AA est considéré comme le plus dangereux et dans certains cas, peut être mortel (Yu et al., 2016).
- Les réactions d'hypersensibilité non IgE-médiées se manifestent par des symptômes retardés, pouvant survenir plusieurs heures, voire plusieurs jours, après l'ingestion de l'allergène (Labrosse et al., 2020). Contrairement aux IgE médiées, les symptômes cliniques sont davantage des manifestations digestives (Yu et al., 2016).
- Les réactions d'hypersensibilité mixtes sont une combinaison à la fois des réactions IgE médiées et non médiées (Yu et al., 2016).

En ce qui concerne les allergènes alimentaires, ils s'introduisent dans l'organisme par ingestion et franchissent la muqueuse digestive, ce qui peut entraîner divers symptômes. Chez l'enfant, il existe différents allergènes tels que l'œuf de poule, la noisette, la moutarde, le blé et le poisson. Avant l'âge de 2 ans, l'une des allergies les plus fréquentes est celle aux protéines de lait de vache. Dans la population, la plus courante reste l'allergie à l'arachide (Evrard, 2020).

Dans le cadre des AA, un point essentiel réside dans la distinction entre l'intolérance et les AA. En effet, ces deux catégories sont souvent confondues en raison d'une similitude concernant les symptômes (vomissements, nausées, diarrhées...). Cependant, contrairement à l'AA, le système immunitaire n'est pas impliqué dans l'intolérance alimentaire qui apparaît lorsqu'un aliment n'est pas correctement digéré par l'organisme (Mion et al., 2014).

1.2. Symptômes

Les AA sont susceptibles de développer, chez l'enfant, une multitude de symptômes (Żukiewicz-Sobczak et al., 2013). Toutefois, ces derniers dépendent de certains facteurs tels que le type d'AA, l'âge, la composition de l'aliment et la présence de facteurs prédisposants, comme par exemple la prise de médicaments et l'effort physique (Roethlisberger & Spertini, 2016 ; Waserman & Watson, 2011). En effet, l'effort physique peut entraîner une réaction allergique lorsqu'un aliment est ingéré parallèlement et peut, également, influencer différents symptômes dans le cadre d'une anaphylaxie. Tandis que les médicaments tels que les aspirines, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les bêta-bloquants peuvent jouer pareillement un rôle au niveau des symptômes allergiques, particulièrement dans les cas d'anaphylaxie d'effort (Dutau & Rancé, 2007).

Certaines structures organiques telles que le système respiratoire (toux, sifflements, cyanose...), le système cardiaque (tachycardie, bradycardie...), le système digestif (nausées, diarrhées, vomissements...), les réactions cutanées (urticaire, eczéma...), la muqueuse (gonflement de la cavité buccale...), ainsi que les nerfs (maux de tête, agitation, incontinence...) peuvent être affectées par les AA, occasionnant divers symptômes (Ebisawa et al., 2020). Les réactions cutanées et digestives sont, chez les nourrissons, les plus récurrentes. En revanche, les manifestations cutanéo-muqueuses et respiratoires sont plus communes dès l'âge scolaire (Roethlisberger & Spertini, 2016). Les manifestations cliniques qui apparaissent instantanément dans les secondes ou les minutes suivant l'ingestion de l'aliment sont souvent causées par les œufs, les arachides, les noix, les poissons et les fruits de mer. Tandis que les symptômes qui se développent quelques heures plus tard sont engendrés par le chocolat, le lait, les légumineuses, les agrumes et les additifs alimentaires (Żukiewicz-Sobczak et al., 2013).

L'anaphylaxie, définie comme une réaction allergique extrêmement dangereuse et rapide, peut menacer le pronostic vital suite à des problèmes respiratoires, circulatoires ou aux voies aériennes (Waserman & Watson, 2011 ; Tanno & Demoly, 2020). Elle fait partie des réactions

d'hypersensibilité médiées par les immunoglobulines E (IgE) (Waserman & Watson, 2011). Depuis ces 20 dernières années, cette réaction allergique chez l'enfant ne cesse d'augmenter et peut survenir à tout âge. Cependant, lorsqu'elle se manifeste chez l'enfant en bas âge, reconnaître une telle crise devient complexe (Pouessel et al., 2021 ; Roethlisberger & Spertini, 2016). Les arachides, les laits de mammifères ainsi que les fruits à coque sont des aliments à risque susceptibles de déclencher une crise d'anaphylaxie (Pouessel et al., 2021). De nombreux symptômes se manifestent immédiatement, permettant ainsi d'identifier l'anaphylaxie et, de ce fait, réagir le plus efficacement possible (Waserman & Watson, 2011).

1.3. Prévalence

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) considère que, parmi les problèmes majeurs de santé publique, les AA occupent la 4^e position. Le Conseil Supérieur de la Santé (2022) a déclaré que 17 millions de personnes en Europe sont touchées par les AA. Celles-ci touchent 5 à 8% des enfants et 2 à 4% des adultes (Ballegaard et al., 2023). Cependant, certains facteurs tels que la localisation géographique, l'âge et les méthodologies des études influencent ce taux de prévalence (Lopez & Sicherer, 2020). En effet, l'AA affecte considérablement les personnes vivant dans les régions industrialisées et les enfants sont davantage affectés par l'AA que les adultes. De plus, les taux d'AA auto-déclarées sont supérieurs à ceux basés par des défis alimentaires oraux (OFC) (Sicherer & Sampson, 2018). À l'heure actuelle, il a tout de même été prouvé que l'AA ne cesse d'augmenter d'année en année (Lopez & Sicherer, 2020).

1.4. Étiologie

Des facteurs génétiques et environnementaux jouent un rôle dans l'apparition de l'AA chez les enfants (Lee et al., 2024).

1.4.1. Facteurs génétiques

Une étude nommée la « HealNuts Study », a été démontré que les enfants étaient 1,8 fois plus enclins à développer une AA avec des antécédents familiaux : en effet, le risque d'apparition d'une AA est plus élevé lorsque deux membres de la famille sont touchés (Lee et al., 2024). Selon Pandaya (2020), les enfants de sexe masculin seraient génétiquement plus susceptibles d'être affectés.

1.4.2. Facteurs environnementaux

Chez l'enfant, les facteurs environnementaux responsables du développement d'une AA sont nombreux. Parmi eux, citons l'influence du tabagisme, de l'obésité et des restrictions alimentaires lors de la grossesse. Ces différents facteurs engendrent une élévation des cytokines Th2 dans le sang du cordon et exposent davantage l'enfant à développer une AA. Ensuite, le risque de souffrir d'une AA peut également être causé par un accouchement par césarienne, une alimentation au lait infantile, une exposition aux produits chimiques et antibiotiques, ainsi qu'une dysbiose intestinale. Ces causes variées peuvent troubler la stabilité microbiote intestinale et celle du système immunitaire. L'enfant, exposé à certains allergènes et souffrant de dermatite atopique, est plus sujet au déclenchement d'une AA. Le manque de vitamine D, jouant un rôle régulateur au niveau du système immunitaire, est également un facteur impliqué dans le processus de développement d'une AA (Lee et al., 2024).

1.5. Diagnostic

En raison de la diversité des symptômes, le diagnostic des AA peut s'avérer complexe (Calvani et al., 2020). Une anamnèse et un examen clinique sont tout d'abord mis en place. Ensuite, un bilan allergologique comportant différents tests est réalisé, ce qui, par la suite, confirmera le diagnostic (Roethlisberger & Spertini, 2016).

1.5.1. Tests cutanés (*prick-test*) et épicutanés (*patch test*)

Les tests cutanés, possédant une haute sensibilité, sont capables d'identifier l'existence d'anticorps contre un allergène alimentaire. Toutefois, cette sensibilisation à un aliment ne signifie pas nécessairement qu'il s'agit d'une allergie (Canani et al., 2008). Ces tests à prix raisonnable et à portée de tous sont efficaces afin d'analyser l'AA et peuvent être réalisés à tout âge. La technique utilisée à l'aide d'un prick-test se déroule en déposant une faible dose de l'allergène sur la peau (Rogéau & Lejeune, 2022) qui est alors piquée par une lancette afin d'introduire l'allergène dans l'épiderme (Turnbull et al., 2015). Les quantités minimes de l'allergène peuvent être commerciales ou natives en employant la méthode « prick to prick », ce qui implique de se servir d'un aliment frais pour le test (Rogéau & Lejeune, 2022). Le temps d'attente est de 20 minutes. Les réactions se présentent sous forme d'induration et les effets sur la peau sont relativement instantanés (Turnbull et al., 2015).

Les tests épicutanés, utiles dans le diagnostic des AA, permettent de détecter davantage des réactions retardées ou mixtes (par exemple, des AA gastro-intestinales non médiées par les IgE, dermatite atopique...) plutôt que des AA médiées par les IgE (Cuomo et al., 2023). En effet,

ces tests sont surtout pratiqués pour évaluer les symptômes cutanés et digestifs (Bidat, 2006). Dans les patch tests, on utilise des aliments frais ou des allergènes protéiques qui sont ensuite, déposés sur la peau. Après 48h à 72h, les zones testées sont observées (Walter et al., 2019).

1.5.2. Test de provocation orale

Le test de provocation orale (TPO) permet de distinguer une véritable AA d'une simple sensibilité à un aliment. L'utilisation du TPO se déroule de manière progressive, c'est-à-dire que toutes les 20 minutes un aliment présumé responsable de l'allergie va être ingéré (Bidat, 2006). Lorsqu'aucune réaction n'apparaît, on peut en déduire que l'allergie de l'enfant s'est dissipée (Roethlisberger & Spertini, 2016). Afin que l'enfant possède une gestion appropriée de son AA, le TPO donne la possibilité de connaître le seuil de tolérance par rapport à l'allergène et de repérer les différents symptômes cliniques (Bidat, 2006 ; Roethlisberger & Spertini, 2016).

1.5.3. Tests sanguins : dosage des IgE spécifiques

Les tests sanguins permettent d'évaluer le dosage d'IgE spécifiques. Bien que la sensibilité des tests cutanés soit supérieure de 25% à 30% à celle des tests sanguins, ces derniers peuvent tout de même analyser la sensibilité de certains allergènes (Siles & Hsieh, 2011). L'un des tests sanguins, nommé le « Rast », permet d'analyser la quantité d'anticorps IgE dans le sang. Cette méthode se réalise lorsque les patients ne sont pas en mesure de supporter les tests cutanés ou quand il subsiste un doute lors de ces derniers (Rast et al., s.d.).

Les tests sanguins, considérés sans danger, évitent à l'enfant de s'exposer aux allergènes, ce qui peut d'ailleurs être un avantage. Toutefois, les tests sanguins se révèlent quelquefois être de faux positifs. De plus, ces examens sont chers et la période d'attente peut être relativement longue (Siles & Hsieh, 2011).

Dans le cadre du suivi du diagnostic, il est important qu'une réévaluation de l'AA ait lieu afin de déterminer si un changement est apparu par rapport à la tolérance clinique. En effet, au cours de l'adolescence, certaines allergies notamment aux œufs et au lait évoluent favorablement. Cependant, certaines AA telles que les allergies aux arachides, au poisson, aux noix et aux crustacés semblent permanentes (Waserman & Watson, 2011).

1.6. Traitements et prise en charge allergiques

À l'heure actuelle, il n'existe pas de traitement pour faire disparaître l'AA dans son intégralité. Différentes prises en charge peuvent néanmoins être mises en place pour soulager la vie quotidienne de ces enfants (Elghoudi & al., 2022) :

1.6.1. *Régime d'éviction*

En présence d'une AA, l'une des méthodes les plus courantes est le régime par éviction qui consiste à supprimer les aliments causant des manifestations allergiques (Kotchetkoff et al., 2024). Selon Rancé & Bidat. (2006), ce régime comporte différents objectifs tels que : « *le diagnostic, la prévention d'une réaction allergique, l'obtention d'une tolérance et la prévention primaire des allergies* ». Cependant, chez les enfants, cette pratique peut entraîner certaines carences nutritionnelles étant donné que différentes sources nutritionnelles doivent être consommées afin de maintenir une bonne santé et assurer un bon système immunitaire (Kotchetkoff et al., 2024).

1.6.2. *Trousse d'urgence (TU) et médicaments*

Chez l'enfant souffrant d'AA, l'utilisation d'une trousse d'urgence est cruciale. Cette TU a pour objectif de traiter le plus rapidement possible une réaction allergique grave, telle que l'anaphylaxie, avant l'arrivée des secours de première ligne (médecin traitant, ambulanciers...). Dès les premiers signes d'anaphylaxie, il est important d'administrer de l'adrénaline en priorité, sous forme d'auto-injecteur à usage unique. Le contenu doit être essentiel et adapté pour chaque enfant atteint d'une AA. Dans la TU, d'autres médicaments doivent être prescrits, notamment les bronchodilatateurs, mais uniquement si l'enfant présente des difficultés respiratoires et un antécédent d'asthme, ainsi que des antihistaminiques pour prendre en charge les réactions cutanéo-muqueuses (Pouessel & Beaudouin, 2020).

1.6.3. *L'immunothérapie*

Autrefois, l'éviction alimentaire était indispensable car elle était l'une d'une des seules méthodes permettant d'éviter des réactions allergiques. Aujourd'hui, il existe différents traitements visant à adopter une tolérance alimentaire, en particulier l'immunothérapie (IT) (Sabouraud-Leclerc, 2013). L'IT a pour but d'entraîner une désensibilisation à long terme de l'allergène responsable de l'AA et ça facilite ainsi l'ingestion d'aliments sans déclencher de manifestations allergiques malgré une exposition inconstante. Afin d'obtenir un changement

dans la réponse du système immunitaire, l'objectif de l'IT est de consommer des allergènes en petites doses en augmentant progressivement leur quantité. Afin de devenir tolérants, les patients doivent être régulièrement exposés à l'allergène (Bohle & Werfel, 2022).

Différents traitements d'immunothérapie sont disponibles (Bohle & Werfel, 2022) :

1.6.3.1. Immunothérapie orale

L'immunothérapie orale (ITO) consiste à ingérer de petites quantités de l'allergène et d'augmenter la dose toutes les deux semaines jusqu'à l'obtention d'une dose de « maintenance ». Lors de la désensibilisation, un risque de réactions allergiques est présent. Certains patients ont, par exemple, manifesté des symptômes gastro-intestinaux (Iweala & al, 2018). Le patient ne dispose pas alors d'une tolérance complète, c'est-à-dire de pouvoir manger l'allergène lorsqu'il le souhaite. La tolérance s'acquiert de manière temporaire lorsque les doses régulières de l'allergène sont ingérées (Kotchetkoff et al., 2024).

1.6.3.2. Immunothérapie épicutanée

L'immunothérapie épicutanée implique l'utilisation d'un allergène alimentaire que l'on applique de façon régulière sur la peau. La dose initiale de l'allergène est directement la dose d'entretien (Iweala & al, 2018). Des réactions cutanées telles que l'eczéma peuvent apparaître (Bohle & Werfel, 2022).

1.6.3.3. Immunothérapie sublinguale

L'objectif de l'immunothérapie sublinguale est de placer des protéines alimentaires sous la langue pendant 2 minutes, puis de les avaler (Bohle & Werfel, 2022). La quantité des aliments est augmentée toutes les semaines, voire toutes les deux semaines. Après plusieurs mois, la dose d'entretien est obtenue (Iweala & al, 2018).

1.6.4. Éducation thérapeutique

Selon l'OMS (1998), l'éducation thérapeutique (ETP) « *vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.* » L'ETP est fondamentale. Elle a pour objectif une compréhension complète de la maladie chronique (MC), elle encourage l'autonomie et favorise l'autogestion lors d'une réaction allergique (Jonquière et al., 2025). Les médecins conseillent à la famille d'avoir un « plan d'action écrit » relatif aux allergies alimentaires, c'est-à-dire de connaître les aliments qui

provoquent l'allergie, de s'informer sur les symptômes cliniques des AA ainsi que sur la prise des médicaments de secours (antihistaminique oral/auto-injecteur d'adrénaline) (Elghoudi & al., 2022). La QdV des enfants atteints d'AA ainsi que de leur famille est impactée, limitant les interactions sociales et intensifiant l'anxiété. L'ETP semble alors nécessaire dans la gestion des AA (Karila & Le Pabic, 2013).

2. Qualité de vie

2.1. Définition

Dupuis et al (1989) donnent la définition suivante : « *La qualité de vie, à un moment donné dans le temps, est un état qui correspond au niveau atteint par une personne dans la poursuite de ses buts organisés hiérarchiquement par elle* ». L'OMS (1994) complète cette définition de la QdV : « *la qualité de vie est la façon dont l'individu perçoit sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement.* »

Selon Fallowfield (2009), ce concept reste complexe à interpréter car il peut être évoqué de plusieurs façons différentes. Toutefois, certaines études sur la QdV en lien avec la santé ont pu souligner la perception subjective d'une personne vivant avec une maladie en prenant en compte les facteurs cognitifs, sociaux et émotionnels (Cummings et al., 2010).

2.2. La qualité de vie des enfants atteints d'allergies alimentaires

Depuis 20 ans, les recherches sur la QdV des enfants et des adolescents souffrant d'AA ne cessent d'augmenter. En effet, cette thématique fait l'objet d'une attention croissante suscitant énormément d'intérêt (Aaneland et al., 2024). La QdV des enfants atteints d'AA peut être particulièrement affectée (Cummings et al., 2010 ; Knibb et al., 2024). Toutefois, certaines études rapportent des résultats divergents à ce sujet. Par exemple, l'étude de Frachette et al. (2022) indique que les enfants allergiques présentent une meilleure QdV que la population générale. En ce qui concerne les MC, cette recherche révèle une QdV globalement plus faible, notamment en raison des contraintes liées à certains traitements, comme l'insulinothérapie dans le cas du diabète. À l'inverse, l'étude de Warren et al. (2016) montre que les enfants allergiques

ont une QdV plus altérée que les enfants en bonne santé et même inférieure à celle d'enfants atteints d'autres MC, telles que le diabète.

La perception que l'enfant a de son AA peut influencer la QdV ainsi que l'anxiété (Ho et al., 2024). D'autres facteurs jouent également un rôle, notamment le nombre d'allergies, la sévérité de l'allergie, le soutien social, l'âge (impact plus négatif chez le jeune enfant) et le genre (le sexe masculin a une meilleure QdV que le sexe féminin) (Cummings et al., 2010 ; Knibb et al., 2024).

Suite à l'AA, la QdV des enfants peut être impactée par certains domaines décrits ci-dessous.

2.2.1. Limitations sociales

Chez l'enfant, le diagnostic de l'AA risque d'engendrer une perturbation du fonctionnement psychosocial (Bingemann et al., 2024). En effet, la participation à de nombreux événements sociaux tels que les célébrations familiales, les activités scolaires, les fêtes, les soirées pyjamas et les jeux chez des ami(e)s est compromise (Cummings et al., 2010). Ces différentes sorties considérées comme dangereuses, provoquent généralement chez l'enfant une hypervigilance concernant l'exposition à l'allergène (Cummings et al., 2010 ; Walkner et al., 2015). Lors de ces événements, des comportements compulsifs peuvent être adoptés par les enfants, comme par exemple le lavage des mains ou la vérification constante d'étiquettes (Golding et al., 2022). D'autres enfants préfèrent même se tenir complètement à l'écart de ces activités sociales. Les sorties au restaurant ou encore les voyages sont susceptibles de provoquer également de l'anxiété chez l'enfant (Golding et al., 2022). Afin de diminuer cette anxiété et le risque de survenue d'une réaction allergique, les parents et leurs enfants retournent régulièrement dans les mêmes restaurants, là où la gestion des AA est sous contrôle (Cummings et al., 2010). Renoncer à ces activités augmente le risque d'une isolation sociale, d'une exclusion des camarades ainsi qu'une augmentation de l'anxiété concernant les événements futurs (Feng & Kim, 2019).

2.2.2. Répercussions scolaires

Pendant la période scolaire, les enfants passent la majorité de leur temps à l'école, lieu où le risque d'ingérer un allergène est fortement présent, notamment à la cantine (Pouessel et al.,

2017 ; Ravarotto et al., 2014). Par conséquent, en l'absence de leur surveillance, certains parents anxieux craignent une potentielle exposition à l'allergène, ce qui peut provoquer ainsi un taux d'absentéisme plus élevé lié aux AA. Certains enfants préfèrent alors opter pour les cours à domicile afin de minimiser le danger (Cummings et al., 2010 ; Dubuc-Fortin et al., 2020).

Les enfants ont déjà pu ressentir un sentiment de frustration lorsque des erreurs d'étiquetage, des changements de recettes, de mauvaises informations provenant du personnel de la cantine et des inquiétudes liées à l'allergène sont présents (Dupuis et al., 2020 ; Walkner et al., 2015). C'est pourquoi, selon Dubuc-Fortin et al. (2020), il est essentiel qu'une meilleure prise en charge des AA soit mise en place lors de la scolarité des jeunes.

2.2.3. *L'intimidation*

De nombreuses études mettent en évidence qu'un enfant souffrant d'AA est davantage exposé à un risque de stigmatisation et d'intimidation entraînant une augmentation de leur détresse psychologique (Cooke et al., 2022 ; Fong et al., 2017 ; Nocerino et al., 2024). Entre 19% et 52% d'enfants allergiques déclarent avoir été victimes d'intimidation (Schepel et al., 2025). Cette dernière peut inclure des formes physiques (montrer par exemple l'allergène à la personne qui risque une réaction allergique) ou des formes non physiques, celles-ci étant les plus fréquentes (moqueries, insultes et exclusions sociales) (Fong et al., 2017 ; Nocerino et al., 2024). Il n'est d'ailleurs pas rare que, sous la pression de leurs condisciples, certains enfants mangent un aliment contenant l'allergène (Feng & Kim, 2019). Cette intimidation peut également trouver sa source dans divers facteurs tels que la prise de médicaments ou les traitements médicaux jugés « particuliers » par les camarades (Fong et al., 2017).

Ces divers comportements peuvent entraîner le risque d'une intensification de l'anxiété, de dépression, d'une diminution de l'estime de soi et même d'un retrait social... L'intimidation et ces conséquences psychologiques conduisent à une diminution de la QdV des enfants et de leurs parents (Cooke et al., 2022 ; Nocerino et al., 2024). C'est pourquoi il est primordial de déceler au plus tôt l'intimidation subie par les enfants touchés par les allergies (Schepel et al., 2025).

2.2.4. Anxiété des enfants liée à l'allergie alimentaire

Au vu des éléments évoqués plus haut, la présence d'une anxiété chez les enfants avec une AA n'est pas étonnante. En effet, les troubles anxieux affectent régulièrement les patients atteints d'une MC, dont l'AA. Toutefois, une anxiété minime peut être considérée comme utile car elle incite les enfants à adopter des comportements protecteurs, en étant par exemple attentif à ne pas manger l'aliment contenant l'allergène. Cependant, lorsque l'anxiété devient inadaptée, le fonctionnement psychologique des enfants ainsi que la QdV peuvent en être fortement altérés (Polloni & Muraro, 2020). Suite à l'AA et, plus spécifiquement, lors d'un choc anaphylactique, un stress post-traumatique peut également survenir (Feng & Kim, 2019 ; Walkner et al., 2015).

Chez les enfants, de nombreux facteurs jouent un rôle dans la prédisposition à une anxiété excessive tels que des épisodes médicaux en lien avec leur AA : le déclenchement d'une crise anaphylactique récente mettant en danger le pronostic vital, une surestimation des crises anaphylactiques, une hospitalisation ou encore l'usage d'un auto-injecteur d'épinéphrine (Ho et al., 2024). De plus, le port de la trousse d'urgence est nécessaire dans l'éventualité d'une réaction allergique (Michaud & Bierme, 2022). Le maintien d'une vigilance continue pour éviter l'allergène et la crainte d'une réaction allergique sévère et imprévisible sont aussi des sources de stress (Ho et al., 2024 ; Knibb et al., 2024 ; Polloni & Muraro, 2020). D'ailleurs, cette crainte peut être si intense chez l'enfant qu'elle occasionne un refus d'interventions médicales telles que les immunothérapies (Dahlgård et al., 2023). Lors d'une recherche, il a également été démontré qu'une vision négative de sa propre AA engendrait une anxiété plus élevée (Ho et al., 2024). Le recours aux traitements médicamenteux, les limitations sociales ainsi que l'intimidation influencent donc la perception de l'AA (Polloni & Muraro, 2020 ; Ho et al., 2024).

2.3. La qualité de vie des parents d'enfants atteints d'allergies alimentaires

Les parents sont indispensables au bien-être de l'enfant et jouent un rôle primordial dans l'équilibre de la vie familiale. Toutefois, la QdV de la famille de l'enfant avec AA peut être affectée. En effet, la vie quotidienne est impactée par de lourdes responsabilités liées à l'AA de l'enfant (Moen et al., 2019), entraînant des perturbations tant dans les domaines sociaux, émotionnels que financiers (Polloni et al., 2020).

2.3.1. *Vie familiale*

Il a été démontré que les membres de la famille tels que les parents, les frères ou les sœurs suivent généralement les mêmes obligations alimentaires que l'enfant allergique afin d'éviter une exposition à l'allergène. Par conséquent, la vie familiale est perturbée et cette situation affecte davantage l'enfant non allergique à qui on impose ce type de restrictions alimentaires (Cummings et al., 2010).

Afin de protéger l'enfant d'une éventuelle réaction allergique, la vie sociale de la famille est également susceptible d'être altérée. En effet, plusieurs études démontrent que les mères ressentent une appréhension de séparation et font preuve d'une hypervigilance accrue. Par conséquent, lors des activités sociales, celles-ci accompagnent leur enfant ou refusent catégoriquement qu'il s'y rende malgré un âge approprié (Cummings et al., 2010 ; Soller et al., 2020). Les parents s'interrogent souvent quant à l'impact que cette hypervigilance et cette surprotection peuvent avoir sur l'enfant et qui durent parfois jusqu'à l'âge adulte (Cummings et al., 2010). D'ailleurs, certaines recherches ont constaté que plus l'enfant grandit, plus les mères ressentent un stress intense lié à la gestion de l'AA lorsque ce dernier n'est plus sous sa responsabilité (Walkner et al., 2015).

Lors de la prise en charge des enfants vivant avec une AA, il a été prouvé que des divergences dans l'attitude parentale existent entre les pères et les mères. Comparativement aux pères, la QdV des mères est davantage impactée (Cummings et al., 2010 ; Walkner et al., 2015). En effet, dans leur vie quotidienne, elles sont principalement responsables de lourdes charges telles que planifier et préparer des repas à la maison comme à l'extérieur, s'occuper de l'enfant allergique et dans un cas extrême, démissionner de leur travail. Elles ressentent également davantage d'anxiété et sont plus surprotectrices que les pères (Walkner et al., 2015). En ce qui les concerne, ils apportent de l'aide aux mères mais sont généralement moins considérés comme le gestionnaire principal de l'AA de l'enfant. Ils témoignent avoir une meilleure QdV lorsque l'enfant n'a pas souffert d'un choc anaphylactique et de disposer de certaines ressources, notamment le soutien social des proches (Cummings et al., 2010). L'apparition de tensions au sein du mariage risquent de survenir lorsque la mère se sent isolée et non soutenue par son partenaire face à l'AA de leur enfant. En revanche, certaines familles bénéficiant d'un soutien social, sont généralement plus à même de faire face à l'AA (Cummings et al., 2010 ; Walkner et al., 2015).

2.3.2. Impact socio-économique de l'allergie alimentaire

Selon Valentine & Knibb (2011), la QdV peut également être affectée par une perte d'argent et de temps. En effet, les AA engendrent des coûts financiers (directs et indirects) importants pour les familles ainsi que pour les réseaux de soins. Les coûts directs liés aux soins de santé sont les consultations médicales, les hospitalisations et les visites aux urgences. Les coûts indirects concernent la perte de productivité due aux nombreuses absences des parents au travail : en effet, ils doivent accompagner leurs enfants aux rendez-vous médicaux ou décident encore de s'en occuper à temps complet, au détriment de leur carrière professionnelle (Bilaver et al., 2019). Il existe également d'autres coûts directs tels que les médicaments (par exemple les auto-injecteurs d'épinéphrine), les assurances, l'alimentation spécifique aux AA, les frais de déplacement et de gardes pour la sécurité des enfants (Bilaver et al., 2019 ; Warren et al., 2020). Au vu de la diversification des aliments et de la sévérité de l'AA, l'estimation des coûts directs est plus complexe à déterminer que pour certaines MC (par exemple l'asthme, la rhinite allergique...) (Dierick et al., 2020).

2.3.3. Vie professionnelle

La vie professionnelle des parents peut potentiellement être altérée. Comme le mentionne Walkner et al. (2015), les mères sont plus enclines à limiter leur temps de travail ou à démissionner afin de garantir la sécurité de leur enfant vivant avec une AA. Ce changement de vie peut également s'expliquer par l'hypervigilance et la surprotection des mères envers les AA de leur enfant avec pour objectif de s'assurer qu'il n'ingère pas l'allergène (Bilaver et al., 2019 ; Frykas et al., 2021). Toutefois, comme mentionné précédemment, cette décision engendre inévitablement un impact au niveau financier (Bilaver et al., 2019).

2.3.4. Anxiété des parents liée à l'allergie alimentaire

Les parents d'enfants AA ressentent de l'anxiété liée à cette maladie, impactant ainsi leur QdV. Plusieurs sources d'anxiété ont été mises en avant. Tout d'abord, le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un allergologue peut être considéré comme long (Chooniedas et al., 2020 ; Feng et al., 2019). Ensuite, lors de l'annonce du diagnostic, les parents se questionnent quant à leur capacité à gérer de façon appropriée cette MC et plus particulièrement, l'évitement de l'allergène (Bingemann et al., 2024 ; Feng et al., 2019 ; Knibb et al., 2015). De plus, la prise de conscience d'un choc anaphylactique chez l'enfant est

également anxiogène. En effet, certains parents craignent de ne pas savoir comment réagir ou de ne pas pouvoir réagir à temps (Knibb et al., 2015).

La planification et la gestion des repas peuvent aussi devenir une source de stress pour les parents (Valero Moreno et al., 2024 ; Walkner et al., 2015). Afin de ne pas exposer l'enfant à l'allergène, les parents sont dans l'obligation de programmer le menu de la semaine, d'organiser les courses à l'avance et de se rendre potentiellement dans des magasins adaptés pour les AA. Les tâches de la vie quotidienne, considérées comme accessibles, sont un défi quotidien pour les parents et elles le sont encore davantage lorsque l'enfant est atteint de plusieurs AA. Suite à l'éviction de certains aliments, l'enfant est plus enclin à souffrir de carences nutritionnelles pouvant ainsi augmenter l'anxiété des parents (Walkner et al., 2015). De plus, l'organisation d'évènements tels que les réunions familiales ou les activités scolaires provoque également du stress (Chooniedas et al., 2020).

Les parents, et notamment les mères, évoquent un sentiment d'angoisse lorsque l'AA de l'enfant n'est pas prise en compte par l'entourage. Elles se sentent régulièrement jugées, sont fortement touchées par le regard critique de leurs proches et reçoivent très peu de soutien alors qu'elles désirent seulement protéger leur enfant de l'allergène. Leur comportement protecteur est d'ailleurs souvent perçu comme inapproprié par des membres de leur famille (Chooniedas et al., 2020 ; Feng & Kim, 2019 ; Walkner et al., 2015). Un manque de connaissance au sein de la population en ce qui concerne le diagnostic, la prévalence et les symptômes des AA peut parfois expliquer l'incompréhension de certains (Feng & Kim, 2019).

3. Les interventions sur la gestion de l'anxiété et du stress auprès des enfants atteints d'allergies alimentaires

Avant d'aborder les interventions, il convient de rappeler les définitions de l'anxiété et du stress.

3.1. Anxiété et stress

L'anxiété et le stress sont deux états psychologiques touchant tous les individus. Fréquemment confondus, ces termes sont employés de manière interchangeable, malgré les différences qui existent entre eux (Le stress, 2023). Comme mentionné précédemment, ces émotions impactent considérablement la QdV d'un enfant atteint d'une AA et de sa famille.

3.1.1. *L'anxiété*

L'American Psychological Association (APA), définit l'anxiété comme suit : « *L'anxiété est une émotion caractérisée par l'appréhension et des symptômes somatiques de tension suscité par l'anticipation d'une menace future ou potentielle* » (Polloni et al., 2020). Selon Bardel & Colombel. (2009), deux types d'anxiété sont à prendre en considération : l'anxiété-trait et l'anxiété-état. Le premier désigne une disposition individuelle relativement durable à ressentir de l'anxiété tandis que le second correspond à une anxiété momentanée, éprouvée par l'individu.

L'anxiété, se situant sur un continuum, est perçue d'une part comme une réaction normale, saine et utile, améliorant les compétences et d'autre part, comme une réaction pathologique, excessive et chronique. Lorsqu'elle devient trop intense, elle altère à la fois le bon fonctionnement des individus à agir efficacement dans la gestion de certaines activités quotidiennes et elle déclenche également un état d'hypervigilance (Palazzolo, 2019 ; Polloni et al., 2020). L'anxiété se présente sous diverses formes d'expression et comporte 3 niveaux, selon le modèle de tripartite de l'anxiété de Barlow (1988) : le niveau physiologique (tremblements, palpitations...), le niveau cognitif (pensées catastrophiques...) et le niveau comportemental (évitement, fuite...). Afin de réduire les symptômes d'anxiété, il est donc essentiel d'intervenir sur ces trois composantes (Turgeon & Brousseau, 2018).

3.1.2. *Le stress*

Au vu de la littérature, on attribue différentes définitions au stress. Par exemple, Lazarus le définit comme suit : « *une transaction particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvait mettre en danger son bien-être* » (cité dans Célestin-Lhopiteau & Bioy, 2020). Selon Laborit, le stress permet à l'organisme de survivre face à une menace tandis que Seyle le perçoit comme une réaction d'adaptation de l'organisme face à des facteurs externes ou internes (Légeron, 2008).

En présence d'un danger réel ou potentiel, le stress engendre des réactions physiologiques. Tout comme l'anxiété, le stress est considéré comme sain, adaptatif et protecteur. Il existe quatre facteurs universels du stress, connus sous l'acronyme « C.I.N.É », à savoir « contrôle faible, imprévisibilité, nouveauté et égo menacé » (Le stress, 2023). Plus les déclencheurs sont nombreux, plus la sensation de stress risque d'augmenter. L'anxiété est considérée davantage

comme l'émotion et le stress comme les sensations physiologiques (Légeron, 2008 ; Le stress, 2023).

3.2. Les interventions auprès des enfants atteints d'allergies alimentaires

Il a été constaté que lorsque les enfants font preuve de difficultés à gérer leur anxiété par rapport à l'allergie, les praticiens sont invités à les orienter vers des professionnels de la santé mentale. En effet, certaines interventions, telles que la psychothérapie, considérées comme efficaces, permettent d'acquérir une meilleure gestion de l'anxiété (Polloni et al., 2020). De nombreuses études concluantes ont d'ailleurs mis en évidence l'utilité de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) individuelle ou en groupe dans les troubles anxieux chez les enfants (Feng & Kim, 2019 ; Polloni et al., 2020). Étant de courte durée, elle a un impact positif sur le plan émotionnel et elle modifie les pensées et les attitudes des patients (Bingemann et al., 2024).

De plus, l'approche cognitivo-comportementale intègre notamment de la psychoéducation, des techniques de relaxation, de la restructuration cognitive, de l'exposition graduée et de la résolution de problèmes (Dahlgård et al., 2023 ; Polloni et al., 2020 ; Turgeon & Brousseau, 2018). Concernant la psychoéducation, elle est définie comme étant « *une intervention didactique et psychothérapeutique systématique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face* » (Bonsack et al., 2015). Toutefois, on n'a pas recours à la psychoéducation uniquement comme un transfert d'informations. En effet, elle permet également de soutenir les patients et de leur offrir un changement au niveau des comportements et des attitudes (Bonsack et al., 2015). Les techniques de relaxation, jugées comme sûres et sans risque, sont souvent employées dans la prise en charge de l'anxiété et du stress. Elles regroupent différentes stratégies visant à diminuer certaines manifestations physiques liées au stress (Hamdani et al., 2022). Dans ce mémoire, deux méthodes de relaxation ont été utilisées : la respiration abdominale et la relaxation musculaire. En ce qui concerne la restructuration cognitive, elle vise à modifier les pensées dysfonctionnelles, parfois nommées croyances automatiques, en les remplaçant par des pensées plus adaptées (Rusinek, 2024). Ces pensées dysfonctionnelles, survenant généralement lors de situations menaçantes et stressantes, empêchent ainsi une résolution efficace de la situation (Rusinek, 2024 ; Souche et al., 2021). Quant à l'exposition graduée, cette technique consiste à exposer le patient progressivement aux situations qui lui provoquent de l'anxiété plutôt que de l'éviter. Elle permet un apprentissage correctif, une réévaluation du danger et une réduction de

l'anxiété (Dahlsgaard et al., 2023). Enfin, la résolution de problèmes aide les patients à faire face aux défis du quotidien et à les solutionner de manière efficace (Beaudreau et al., 2019).

3.2.1. Les interventions existantes auprès des enfants

Les interventions sur l'anxiété engendrée par l'AA chez l'enfant sont peu nombreuses. Il s'agit d'études pilotes de faisabilité comportant de faibles échantillons. Cependant, certaines s'avèrent pertinentes afin d'aider l'enfant dans la gestion de son AA (Polloni et al., 2020 ; Knibb et al., 2024).

Citons notamment l'étude de Polloni et al. (2015) menée dans un centre de référence tertiaire spécialisé dans la prise en charge des AA. Elle a pour objectif d'améliorer la santé mentale et l'équilibre psychosocial. L'approche cognitivo-comportementale a été utilisée auprès d'enfants et d'adolescents souffrant d'une anxiété excessive liée à leur AA. Les professionnels du centre ont recours à des techniques de gestion d'anxiété telles que la psychoéducation et la relaxation. Cette intervention a permis aux patients de résoudre leurs difficultés psychologiques et de mieux gérer leur anxiété (Polloni et al., 2020).

Dans une étude de Dahlsgaard & Lewis. (2025), la TCC a également été recommandée en incluant l'exposition des patients à l'allergène. En effet, l'enfant souffrant d'anxiété liée à l'AA a tendance à éviter divers évènements afin de ne pas être en contact avec l'allergène. C'est pourquoi, dans le but de réduire cette anxiété, « des défis de proximité » ont été mis en place. Ils consistent à exposer progressivement l'enfant à l'allergène alimentaire sans ingestion. Grâce à ces défis, les croyances erronées et la surestimation de la perception du danger des enfants sont réévaluées. Cette exposition, provoquant une augmentation de l'anxiété, permet à l'enfant de faire la distinction entre les sensations physiques liées à l'anxiété et à un choc anaphylactique et par conséquent, d'être plus apte à gérer l'allergie. Ce type de TCC pratiquant l'exposition s'avère donc concluante pour réduire l'anxiété (Dahlsgaard & Lewis, 2025). Une autre recherche de Dahlsgaard et al. (2023), qui fera l'objet d'une description ultérieure, a notamment confirmé ces résultats en organisant cinq à huit séances basées sur l'exposition pour les enfants atteints d'une AA, permettant ainsi de diminuer leur anxiété et d'améliorer leur QdV.

Au vu de la littérature, des vacances comportant des activités en rapport avec l'AA se révèlent bénéfiques pour gérer l'anxiété et les comportements obsessionnels compulsifs (Polloni et al., 2020). Par exemple, l'une des interventions de Knibb & Hourihane. (2013) a été d'organiser, lors d'un camp de vacances, des activités et des ateliers liés à la gestion de

l'allergie, de renforcer la confiance en soi ainsi que de soutenir l'enfant allergique dans un cadre thérapeutique sans allergène. Cette action thérapeutique a été favorable car elle a permis de réduire les comportements obsessionnels compulsifs, de diminuer l'anxiété et d'améliorer la gestion de l'AA chez l'enfant (Feng & Kim, 2019 ; Knibb & Hourihane, 2013).

3.3. Les interventions auprès des parents d'enfants atteints d'allergies alimentaires

Bien qu'un choc anaphylactique chez l'enfant puisse être pris en charge efficacement et que les décès liés aux AA soient relativement peu fréquents, elles peuvent susciter une profonde anxiété chez les parents. En effet, le manque de confiance en leur capacité à gérer l'allergie de leur enfant et la persistance de certaines croyances dysfonctionnelles peuvent avoir de lourdes répercussions. Il est donc essentiel d'intervenir tout d'abord auprès des parents afin de leur apprendre à gérer non seulement leur anxiété, mais également l'allergie de leurs enfants, qui pourront par la suite acquérir une meilleure gestion de leur AA (Sugunasingha et al., 2020 ; Sugunasingha et al., 2022).

3.3.1. Les interventions existantes auprès des parents

Tout comme pour les enfants, peu d'études existent dans la gestion de l'anxiété chez les parents. Néanmoins, quelques interventions concluantes face à la problématique des AA ont été élaborées afin de leur venir en aide, principalement auprès des mères (Bingemann et al., 2024 ; Knibb et al., 2024).

Abordons tout d'abord l'étude Boyle et al. (2017). Cette brève intervention a été mise en place avec l'objectif de diminuer l'anxiété des mères d'enfants atteints d'AA. Dans des cliniques d'allergologie, 200 mères ont été recrutées pour y participer et ont été, par la suite, réparties aléatoirement dans deux groupes. Dans le premier groupe, certaines mères ont pris part à une séance unique adoptant une approche cognitivo-comportementale comprenant de la psychoéducation, de la restructuration cognitive et de la relaxation. Par la suite, elles ont bénéficié d'une courte séance de suivi par appel téléphonique, visant à renforcer les acquis de la TCC. Dans le second groupe, les mères n'ont bénéficié d'aucune intervention. Contrairement au second groupe, les résultats dans le premier se sont révélés concluants car l'intervention a permis de diminuer l'anxiété et la perception du risque chez les mères (Knibb et al., 2024 ; Polloni et al., 2020).

Une étude de Vreeken-Ross et al. (2021) a été réalisée auprès de 41 mères ayant un enfant allergique et souffrant d'anxiété. Afin de traiter cette anxiété et indirectement, d'améliorer le bien-être des enfants, elles ont participé à deux séances de groupe de deux heures en ligne et espacées d'une semaine. Cette étude a été menée par une psychologue clinicienne en formation. Cette intervention de type TCC a eu recours à des techniques telles que la psychoéducation et l'exposition graduée aux situations anxiogènes. Elle offre aussi un soutien émotionnel et permet de travailler sur certaines compétences parentales comme la surprotection et l'hypervigilance. Bien que l'intervention ait entraîné une réduction de l'anxiété des parents, les résultats doivent être interprétés avec rigueur en raison des échantillons peu nombreux. Il a été démontré, chez les enfants de 8 à 12 ans, une augmentation de la QdV à court terme (Knibb et al., 2024).

Ramos et al. (2021) ont mis en place une intervention pour les parents d'enfants récemment diagnostiqués d'une AA à la suite d'une anxiété élevée et d'une gestion altérée de cette MC. 8 mentors formés, ayant également des enfants souffrant d'une allergie, ont supervisé les parents en leur offrant un accompagnement émotionnel et pratique pendant 6 mois. L'objectif est d'améliorer également les connaissances et l'auto-efficacité dans la gestion de l'AA. En dépit d'un échantillon faible et peu diversifié, les scores des participants à certains questionnaires ont montré non seulement une meilleure connaissance et compétence en ce qui concerne les AA mais aussi une meilleure gestion de l'allergie.

3.4. Les programmes parent/enfant

Afin de maintenir une QdV élevée, de garder une certaine maîtrise de l'anxiété et de préserver la dynamique familiale, il est primordial que les parents soient impliqués dans la gestion de l'anxiété de leurs enfants. Pourtant, peu d'études favorisent cette participation parentale dans l'élaboration de programmes traitant l'anxiété chez les enfants, alors que leur implication présente de nombreux avantages (Salari et al., 2018 ; Sugunasingha et al., 2020).

3.4.1. L'utilité d'une intervention parent/enfant combinée

Comme mentionné ci-dessus, le rôle des parents est une force pour optimiser l'efficacité d'un programme et leur participation aboutit à des résultats positifs (Salari et al., 2018 ; Turgeon & Brousseau, 2018) : les figures parentales influencent le développement, la perpétuation et le traitement de l'anxiété chez l'enfant (Turgeon & Brousseau, 2018). En effet, dans 60 % des cas, on observe une transmission de l'anxiété des parents vers les enfants, ce qui est donc un facteur

de risque. C'est pour cette raison qu'il est essentiel d'intervenir dans la propre gestion de l'anxiété des parents (Wei & Kendall, 2014).

De plus, la façon dont l'enfant adhère à une meilleure gestion de son anxiété va être influencée par les compétences parentales (Turgeon & Brousseau, 2018 ; Wei & Kendall, 2014). Effectivement, en contribuant au programme thérapeutique et en bénéficiant d'une psychoéducation parallèlement à leur enfant, les parents acquièrent de nouvelles connaissances et apprennent à ne pas renforcer les comportements anxieux des enfants (Denis & Baghdadli, 2017 ; Wei & Kendall, 2014). Par la suite, les responsables de l'intervention instruisent de nouvelles stratégies liées à la gestion de l'anxiété aussi bien aux enfants qu'aux parents. Ces stratégies permettent d'une part, de mettre quotidiennement en pratique les divers exercices à la maison, d'autre part d'adopter de nouveaux outils pour contrôler l'anxiété et enfin de maintenir un équilibre sur le long terme (Denis & Baghdadli, 2017 ; Turgeon & Brousseau, 2018).

Parmi les programmes parent/enfant liés à la gestion de l'anxiété utilisant des techniques de TCC telles que la psychoéducation, la relaxation, la restructuration cognitive, l'exposition et la résolution des problèmes, on retrouve Coping Cat, créé par Kendall et reconnu pour son efficacité. Ce programme a ensuite inspiré d'autres interventions telles que FRIENDS, développé par Barret et al. (1999) et divisé en trois parties en fonction de l'âge des enfants (Turgeon & Brousseau, 2018). Par la suite, Super l'Écureuil (Turgeon & Brousseau, 2018) et Super Actif ! (Berthiaume et al., 2008) ont vu le jour. Le programme FRIENDS comporte plusieurs séances, dont trois ou quatre pour les parents, animées par des psychologues (Briesch et al., 2010 ; Turgeon & Brousseau, 2018). Super l'Écureuil ainsi que Super Actif ! sont constitués de modules séparés comprenant des feuilles d'exercices pratiques et visuelles. Les parents sont invités à y prendre part de manière active (Turgeon & Brousseau, 2018). Super Actif ! a d'ailleurs inspiré l'intervention présentée dans ce mémoire (Berthiaume et al., 2008).

3.4.2. Les programmes existants liés à l'allergie alimentaire

Des programmes ont été développés afin de mettre en évidence l'anxiété des enfants provoquée par l'AA, incluant les parents dans le processus (Cole et al., 2017 ; Dahlgard et al., 2023 ; Herbert et al., 2024 ; LeBovidge et al., 2008).

Même si les programmes Food Allergy Bravery (FAB), Food Allergy Mastery (FAM) et ceux de LeBovidge et al. (2008) et de Cole et al. (2017) visent un objectif commun, chacun

propose une approche spécifique. Le FAB est une nouvelle intervention brève centrée sur l'exposition. Comportant 5 à 8 séances menées avec la présence facultative des parents, cette intervention est liée aux expositions progressives qui consistent, par exemple, à sentir ou toucher un allergène (Dahlsgaard et al., 2023). Les résultats se sont montrés concluants quant à la réduction de l'anxiété et à l'amélioration de la QdV. Composé de six séances de télésanté et incluant ou non les parents, le FAM combine psychoéducation et résolutions de problèmes. L'intervention permet un transfert de responsabilité de la gestion des AA des enfants vers les parents et aide à différencier les symptômes liés à une réaction allergique de ceux causés par l'anxiété (Herbert et al., 2024 ; Knibb et al., 2024). Les résultats du FAM s'annoncent prometteurs et son efficacité sera évaluée par un essai contrôlé randomisé (Herbet et al., 2024).

Le programme de LeBovidge et al. (2008) est destiné à renforcer le sentiment de compétence parentale, à favoriser l'expression émotionnelle de l'enfant, à accroître leur confiance en eux et à consolider les liens sociaux entre les enfants allergiques. Les parents et les enfants ont été répartis dans deux groupes et ont assisté, parallèlement, à quatre ateliers (groupe de discussions pour les parents et activités ludiques pour les enfants). Ce programme a été perçu comme bénéfique par les participants. Enfin, Cole et al. (2017) propose une intervention brève et a recours à l'utilisation du Cellie Coping Kit for Food Allergies, composé d'outils tels qu'une peluche, un manuel et des cartes de défis courants. L'étude a été évaluée comme acceptable et faisable par les sujets (Knibb et al., 2024).

En conclusion, la littérature a mis en évidence une anxiété intense et une diminution de la QdV chez les enfants allergiques et leurs parents (Cummings et al., 2010 ; Moen et al., 2019). Toutefois, il n'existe que peu d'interventions au sujet de la gestion de l'anxiété des enfants, prenant en compte l'implication des parents (Salari et al., 2018 ; Sugunasingha et al., 2020). C'est pourquoi il semble pertinent de mettre en place une intervention sur la faisabilité et l'acceptabilité d'un module de psychoéducation parent-enfant.

OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

En raison du niveau élevé d'anxiété liée aux AA chez les enfants et de l'impact qu'elle engendre au sein de la vie familiale, il serait opportun de proposer une intervention répondant à de tels besoins.

Par conséquent, le mémoire réalisé par Bronne. (2025) sur la gestion de l'anxiété des enfants, a pour objectif de répondre à la question de recherche suivante : « La réalisation d'un programme de psychoéducation visant à réduire le stress et l'anxiété des enfants atteints d'allergie alimentaire est-elle faisable et acceptable dans une population d'enfants âgés entre 7 et 12 ans ? »

Les 3 hypothèses du mémoire citées ci-dessus ont été formulées de la manière suivante :

- Hypothèse 1 : « *La mise en place d'un programme de psychoéducation pour les enfants atteints d'AA âgés entre 7 à 12 ans est faisable.* »
- Hypothèse 2 : « *L'intervention est jugée satisfaisante par les participants.* »
- Hypothèse 3 : « *L'intervention contribue à une réduction du niveau de stress et d'anxiété ainsi qu'à une amélioration de la QdV chez les participants.* »

Parallèlement au mémoire de Bronne. (2025), ce mémoire se focalise davantage sur les parents. Il a pour but d'évaluer l'acceptabilité et la faisabilité d'un module de psychoéducation parent-enfant visant à outiller les parents sur la gestion de l'anxiété d'enfants âgés entre 7 et 12 ans atteints d'AA.

Dès lors, ce mémoire s'efforce de répondre à la question de recherche suivante : « La mise en place d'un module de psychoéducation parent-enfant visant à outiller des parents sur la gestion de l'anxiété de leurs enfants âgés entre 7 et 12 ans atteints d'allergies alimentaires est-elle acceptable et faisable ? »

En se fondant sur cet objectif, trois hypothèses ont été énoncées :

Hypothèse 1 : *L'élaboration d'un programme de psychoéducation parent-enfant est faisable.*

Il est attendu que les familles manifestent de l'intérêt pour cette étude, acceptent d'y participer et s'engagent activement dans l'ensemble des séances proposées. Nous avons émis

l'hypothèse que les taux d'intérêt, de consentement et de participation seront satisfaisants. Étant une intervention de groupe et afin d'organiser les séances, nous souhaitons définir une plage horaire qui réponde aux disponibilités de chaque famille.

Hypothèse 2 : *L'intervention est considérée comme satisfaisante par les parents.*

Nous postulons que les parents considéreront l'intervention comme utile et qu'ils auront une connaissance plus approfondie de l'anxiété en lien avec l'allergie de leur enfant, de ses composantes et des outils permettant de la diminuer. Nous émettons également l'hypothèse que le contenu des séances, leur nombre, leur durée et les différents outils proposés seront jugés satisfaisants par les parents. Enfin, nous espérons que les enfants acquerront de nouveaux savoirs et que les participants discuteront de l'intervention avec leurs proches.

Hypothèse 3 : *L'intervention contribue à un renforcement du sentiment d'auto-efficacité des parents et à une amélioration de leur QdV entre les mesures pré- et post-tests.*

Sous hypothèse : *Selon la perception des parents, l'intervention engendre une diminution de l'anxiété de l'enfant, ainsi qu'un impact positif sur sa QdV entre les mesures pré- et post-tests.*

Cette dernière hypothèse, considérée comme secondaire, porte sur l'efficacité préliminaire du module parent-enfant. À l'issue de l'intervention, nous nous attendons à un renforcement du sentiment d'auto-efficacité ainsi qu'à une amélioration de la QdV des parents. Nous formulons également une sous-hypothèse selon laquelle l'intervention favoriserait, selon le point de vue des parents, une amélioration de la QdV de leurs enfants et une réduction de leur anxiété.

MÉTHODOLOGIE

1. Échantillon

1.1. Procédure de recrutement

En ce qui concerne la procédure de recrutement, un contact a tout d'abord été mis en place avec le service de pédiatrie du Centre Hospitalier régional (CHR) de Verviers, plus précisément, avec une pédiatre allergologue. Par la suite, cette dernière a transmis les informations de l'étude aux parents susceptibles d'y adhérer. Les familles intéressées ont donc été appelées par les responsables de la recherche. Les parents désirant de plus amples informations concernant le déroulement de l'étude possédaient toutes les données nécessaires pour contacter les

responsables de l'étude. Afin d'obtenir un échantillon plus important, des flyers (annexe 1) ont été distribués dans des écoles.

1.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour participer à cette étude, les parents devaient répondre à certains critères d'inclusion : premièrement, avoir un enfant âgé entre 7 et 12 ans, ayant reçu un diagnostic d'AA et deuxièmement, parler français couramment. Concernant les critères d'exclusion, les participants ne devaient pas être atteints d'une déficience intellectuelle.

1.3. Participants

Au sein de cette recherche, des parents et leurs enfants ont été recrutés. L'échantillon de parents comprend deux mamans et un papa âgés de 34 ans à 40 ans. Toutefois, un changement est survenu au cours de l'étude concernant les répondants aux questionnaires au sein d'une famille. Ce changement fera l'objet d'une description ultérieure. Concernant l'échantillon d'enfants, celui-ci se compose de trois enfants atteints d'AA diagnostiqués. Dans un premier temps, leur âge était défini comme étant entre 7 à 12 ans. Cependant, afin d'augmenter le nombre de participants, une petite fille âgée de 6 ans et 10 mois a été admise (Bonne, 2025).

2. L'intervention

2.1. Considérations éthiques

Afin de pouvoir la réaliser, cette intervention a dû être passée en revue par le Comité d'Éthique hospitalo-facultaire universitaire de Liège. Elle a été validée le 30 janvier 2024 (Nr belge B707202300086) et le 15 février 2024, l'accord du Comité éthique de la FPLSE de l'Université de Liège (Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation) a été finalisé. Un consentement éclairé, signé par les parents et les enfants (annexe 2 et 3), met en évidence les informations importantes et la participation volontaire. Il y est également indiqué que les parents et les enfants étaient en droit de se retirer de l'étude à tout moment. Concernant les données des participants, notamment les consentements éclairés et les questionnaires, elles restent strictement confidentielles et anonymes et sont uniquement utilisées afin de réaliser les analyses statistiques.

2.2. Protocole expérimental

2.2.1. Protocole des parents

Dans le but de mesurer et d'observer un éventuel changement concernant les participants à différents moments de l'intervention (avant, pendant et après), il a été nécessaire d'appliquer un design longitudinal à lignes de base multiples. En effet, cette étude est organisée en trois phases. La première, nommée « A », est la ligne de base, dans laquelle deux évaluations (A1-A2) comprenant l'ensemble des questionnaires ont été transmises aux participants. Elles ont pour objectif non seulement de savoir où ils se situent mais également de prendre en compte la variabilité intra-individuelle. La seconde phase concerne l'intervention (B2-B4) dans laquelle seront transmis uniquement quelques questionnaires en rapport avec le travail effectué lors des séances de psychoéducation. La troisième et dernière phase est la phase « C » lors de laquelle les participants remplissent à nouveau l'ensemble des questionnaires. Notons que dans la phase A1, le questionnaire sociodémographique n'a été complété qu'une seule fois et dans la phase finale (C1), le questionnaire de satisfaction également. Quatre variables différentes ont été établies dans cette recherche. Les variables cibles, servant à « *objectiver les progrès sur ce qui a été travaillé* » (Willem, 2023), ont été définies comme étant le sentiment d'auto-efficacité du parent à gérer l'AA de son enfant évalué par le questionnaire suivant (Échelle Visuelle Analogue évaluant le sentiment d'auto-efficacité à gérer l'allergie alimentaire (VAS) et l'anxiété (mesurée par Scale of Food Allergy Anxiety – Parents (SOFAA-P) ; State-Trait Anxiety Inventory (STAI)). La variable transfert, identifiée comme étant la QdV, n'est pas manipulée directement lors de l'intervention mais sur laquelle on pourrait s'attendre à un effet (Krings & Blairy, 2020), évaluée par McGill Quality of Life Questionnaire revised (MQOL-R) ; Food Allergy Quality of Life Parent form (FAQL-PF) ; La variable contrôle, sur laquelle on ne s'attend pas à une amélioration (Krings & Blairy, 2020), a été définie comme l'activité physique et la sédentarité (mesurée par *Questionnaire d'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité* (ONAPS-PAQ)).

2.2.2. Protocole des enfants

En ce qui concerne le protocole des enfants, il opte pour un design longitudinal à lignes de base multiples. Tel que défini dans le protocole pour les parents, celui des enfants comprend également trois phases : A (ligne de base), B (intervention) et C (post-intervention). Dans la phase A, deux évaluations (A1 et A2) ont été effectuées avant l'intervention, en vue de procéder

à une évaluation des enfants. L'intégralité des questionnaires, comprenant le questionnaire sociodémographique, a été transmise. Lors de l'intervention (B2 et B4), uniquement une partie des tests a été réalisée en rapport avec le travail accompli lors des différentes séances. Au cours de la phase C, les tests sont à nouveau tous complétés et le questionnaire de satisfaction y est ajouté. Dans cette recherche, les trois variables sont la variable cible qui est l'anxiété, la variable de transfert qui est la QdV et la variable contrôle qui est la motivation à pratiquer du sport (Bronne, 2025).

La figure 1 montre le déroulement temporel du protocole expérimental.

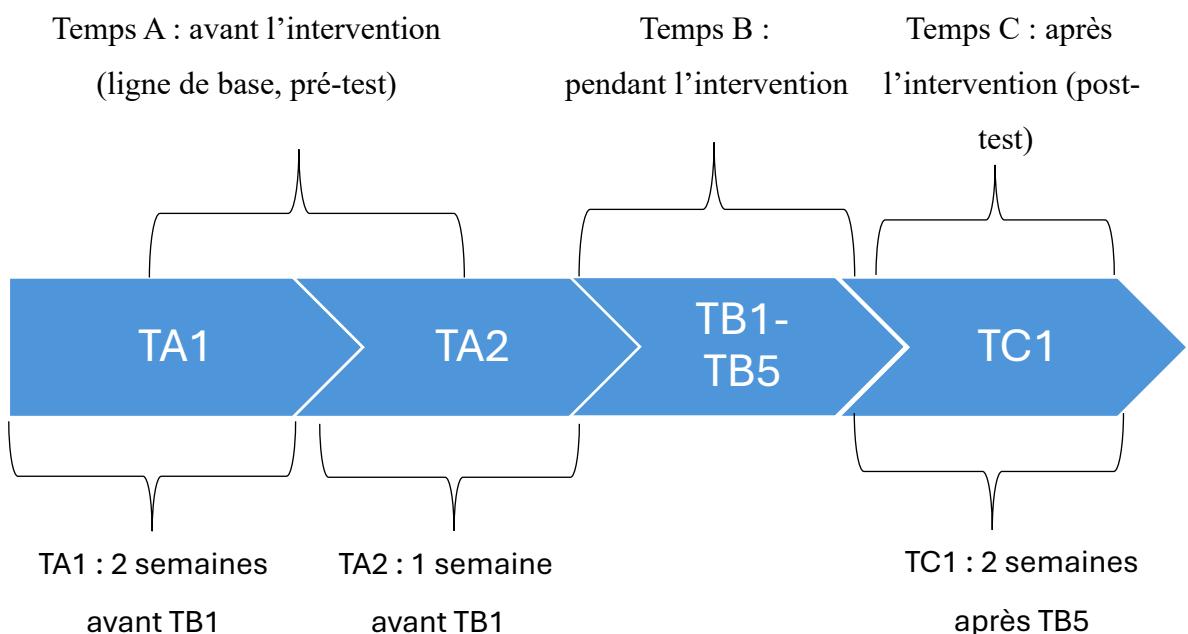


Figure 1. Organisation temporelle du protocole expérimental

2.3. Contexte et lieu de passation

Une première rencontre avec les parents et leurs enfants a eu lieu à domicile deux semaines avant le début de l'intervention : les parents ont pris connaissance des formulaires de consentement et ont marqué leur accord à participer à l'étude en les signant. Ensuite, les parents et les enfants ont rempli différents questionnaires, dont le questionnaire sociodémographique. Peu de temps avant l'intervention, les questionnaires ont été complétés une seconde fois par les participants et encore une troisième fois deux semaines après la fin de l'intervention. Le questionnaire de satisfaction concernant l'intervention y a alors été ajouté. Lors des visites à domicile, les parents et les enfants, à l'aide des étudiantes, remplissaient les questionnaires dans

la même pièce, les enfants souhaitant que les parents soient présents. La durée de ces rencontres variait entre 1h30 et 2 heures.

3. Les outils de mesure

La présentation des divers outils de mesure se limite uniquement à ceux des parents.

3.1. Les questionnaires et échelles

3.1.1. Le questionnaire sociodémographique

Le questionnaire sociodémographique (annexe 4) destiné aux parents est un questionnaire non validé et réalisé dans le cadre d'un mémoire sur la qualité de vie des enfants souffrant d'AA (Bastin, 2024). Il permet de récolter plusieurs données personnelles concernant les parents, notamment leur âge, leur profession, leur situation conjugale et leurs antécédents médicaux. Il permet également de recueillir des données sur l'allergie de l'enfant en particulier l'âge auquel l'AA a été diagnostiquée, la prise éventuelle de médicaments ou de traitement de désensibilisation, sa participation potentielle à des séances d'éducation thérapeutique...

3.1.2. Le "State-Trait Anxiety Inventory" (STAI; Spielberger et al., 1971)

Le STAI, développé par Spielberger en 1971, évalue l'anxiété chez les adultes. Ce questionnaire comporte deux échelles distinctes : l'échelle d'anxiété-état et l'échelle d'anxiété-trait, chacune composée de 20 items. Elles peuvent être données soit ensemble ou soit séparément, tout dépend du type d'anxiété que l'on veut mesurer. L'échelle d'anxiété-état se réfère davantage au ressenti d'anxiété du moment présent, tandis que l'anxiété-trait reflète un trait de personnalité permanent dans le temps (Leal et al., 2017).

Dans le cadre de ce mémoire, c'est l'échelle d'anxiété-trait qui a été utilisée. Le STAI a été adapté en français par Bruchon-Schweitzer et Paulhan en 1983. Les parents ont donc complété cette version. Cette échelle de Likert de 20 items est conçue de manière à ce que la personne choisisse entre 4 propositions (« presque jamais », « parfois », « souvent » et « presque toujours »). Une note de 1, 2, 3 ou 4 est attribuée selon les propositions choisies. Le score total en effectuant la somme des différentes notes varie entre 20 et 80 (Lourel, 2006). Un résultat élevé correspond à un niveau d'anxiété-trait plus important.

Concernant les qualités psychométriques, une bonne consistance interne a été démontrée. En effet, un alpha de Cronbach de 0.91 a été obtenu dans la version française de l'Inventaire

d'Anxiété Trait de Spielberger. La validité de construit de l'instrument a été confirmée grâce à différentes données (Gauthier & Bouchard, 1993).

Des normes françaises (tableau 1) ont d'ailleurs été démontrées par Gauthier et Bouchard. (1993) à l'aide d'un échantillon de 83 personnes à l'université, dans une situation d'examen et de non-examen. Dans cette étude, le genre n'a pas été pris en compte car il n'y avait aucune différence significative obtenue entre les scores des femmes et des hommes (Gauthier & Bouchard, 1993).

Tableau 1. *Normes de l'anxiété trait de la version française du STAI (Gauthier & Bouchard, 1993).*

Situation	Moyenne	Écart-type
Situation d'examen	41.67	10.58
Situation de non-examen	42.60	10.98

3.1.3. “Scale of Food Allergy Anxiety – Parents” (SOFAA-P; Dahlsgaard et al., 2022)

Le SOFAA-P (Dahlsgaard et al., 2022) est un hétéro-questionnaire destiné aux parents afin d'évaluer les comportements d'évitement des enfants concernant les AA. Il s'agit d'un questionnaire comprenant 21 questions. Une échelle de Likert comportant 5 possibilités de réponse (jamais ; presque jamais ; parfois ; souvent ; presque toujours) a été utilisée. À chaque item, une note allant de 0 à 4 a été assignée. Une anxiété élevée est démontrée par des scores plus importants. Pour un total de 77 enfants souffrant d'AA et leurs parents (95 % de femmes), la moyenne obtenue du SOFAA-P est de 33.9 et l'écart-type de 16.1 dans l'échantillon de la validation originale (Dahlsgaard et al., 2022).

Le SOFAA-P présente un alpha de Cronbach de 0.92 indiquant une bonne consistance interne. Il démontre également une bonne fiabilité test-retest et une validité convergente correcte (Protudjer, 2022). Afin d'utiliser ce questionnaire dans ce mémoire, une version traduite en français a été réalisée via une black translation.

3.1.4. Sentiment d'auto-efficacité

Une échelle visuelle analogue (annexe 5), graduée de 0 à 10, a été créée dans l'intention de mesurer le sentiment d'auto-efficacité des parents dans la gestion de l'AA liée à l'anxiété de leurs enfants, 10 représentant un score élevé.

3.1.5. *Le “McGill Quality of Life Questionnaire revised (MQOL-R; Cohen et al., 2017)*

Il s'agit d'un questionnaire révisé et amélioré du questionnaire de Qualité de Vie de McGill (Cohen et al., 2017).

Le MQOL-R (Cohen et al., 2017) est un questionnaire d'auto-évaluation de 14 items divisé en différentes sections qui mesurent diverses dimensions de la QdV des adultes :

- Partie A : Qualité de vie globale
- Partie B : Physique
- Partie C : Sentiments et pensées
- Partie D : Social

Les parties B, C et D sont les sous-échelles du MQOL-R. Elles sont évaluées séparément de la partie A. Une échelle de Likert de 0 à 10 comprenant deux réponses opposées a été utilisée : par exemple « pas du tout » et « extrêmement ». Elle permet d'évaluer les ressentis de la personne au cours des deux derniers jours. Pour les parties B,C et D, un score de 10 indiquera un impact négatif ou positif sur la QdV. En revanche, pour la partie A, un score de 10 correspondra à un niveau élevé mais positif.

Une étude polonaise comprenant 140 patients atteints de maladies a été réalisée. Des normes ont été établies : la partie A comprend une moyenne de 7.04 avec un écart-type de 1.82. Différentes normes ont été établies pour les sous-échelles B ($M=0.17$, $ET=2.72$), C ($M=6.95$, $ET=2.29$) et D ($M=8.27$, $ET=1.82$) (Rybarski et al., 2018).

Concernant les qualités psychométriques, ce questionnaire possède une bonne consistance interne qui est de 0.94 pour l'échelle globale et acceptable pour les sous-échelles qui est de 0,78. Il comprend également une bonne validité de construit (Cohen, 2017).

3.1.6. *Le « Food Allergy Quality of Life Parent form (FAQL-PF; DunnGalvin et al., 2008)*

Le Food Allergy Quality of Life Parent form (DunnGalvin et al., 2008) est un hétéro-questionnaire conçu pour les parents. Il a pour objectif d'évaluer la QdV de leurs enfants atteints d'AA. Il contient 30 items comprenant trois sous-échelles :

- L'impact émotionnel (13 items)
- L'anxiété alimentaire (8 items)
- Les limitations sociales et alimentaires (9 items)

Afin d'évaluer la QdV de l'enfant, sur une échelle de Likert, le parent a 7 possibilités de réponses allant de 0 ou 1 : « pas du tout » à 6 ou 7: « extrêmement ». Les scores se situent entre 30 à 210. Un score bas signifie que la QdV est meilleure (DunnGalvin et al., 2008). La traduction du FAQL-PF a été réalisée en neuf langues (DunnGalvin et al., 2008). D'ailleurs, la version française a été validée grâce à un échantillon d'enfants âgés de 8 à 12 ans provenant de Suisse (Wassenbger et al., 2011).

Concernant les qualités psychométriques, ce questionnaire comprend une forte fidélité test-retest et une forte cohérence interne comprenant des coefficients de Cronbach entre 0.89 et 0.94. Il présente également une excellente validité discriminante et convergente (DunnGalvin et al., 2008). Des normes du questionnaire ont été établies par DunnGalvin et al. (2008) à l'aide d'un échantillon de 124 enfants irlandais âgés de 0 à 12 ans et de leurs parents.

Tableau 2. Normes du FAQL-PF (DunnGalvin et al., 2008).

Variable	Moyenne	Écart-type
Impact émotionnel	3.9	2.5
Anxiété alimentaire	4	3.4
Limitations sociales et alimentaires	4.1	2.6
Score total	4	3.7

3.1.7. Questionnaire d'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS- PAQ ; Charles et al., 2021)

L'ONAPS (Charles et al., 2021) est un questionnaire d'auto-évaluation comportant 21 questions, scindé en 3 parties :

- Partie A : les activités au travail (4 items)
- Partie B : les déplacements à but utilitaire (6 items)
- Partie C : les activités de loisirs ou au domicile (11 items)

Ce questionnaire comporte des questions fermées de type oui/non ainsi que des questions ouvertes. Il a pour objectif d'estimer où les personnes se situent concernant l'activité physique et la sédentarité lors d'une semaine quotidienne. Lorsque les participants répondent « oui », cela indique généralement l'existence d'un comportement.

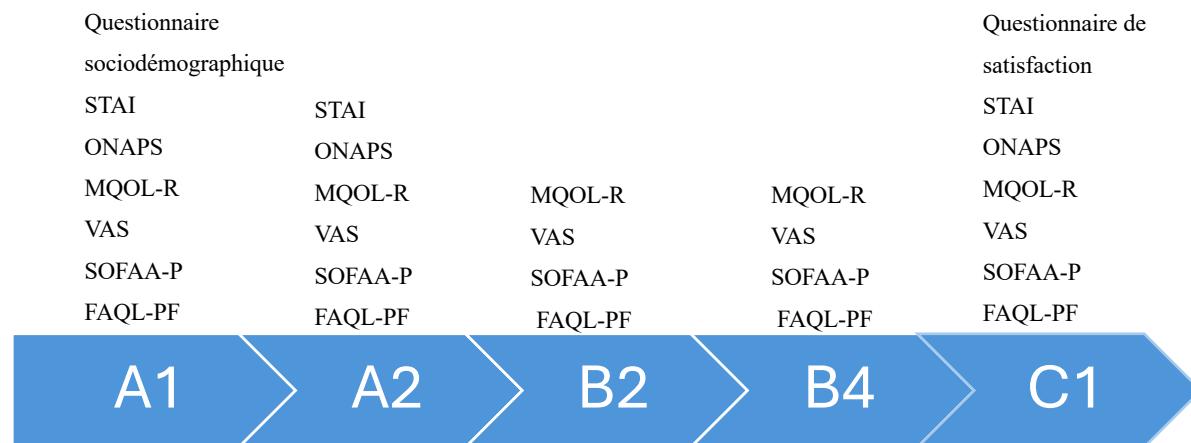
Dans l'échantillon initial, 137 adultes âgés de 18 à 69 ans ont été recrutés. Concernant les données psychométriques, il a été démontré que ce questionnaire possède une fiabilité modérée à bonne. La validité concurrente est satisfaisante tandis que la validité de critère est bonne (Charles et al., 2021).

Dans le cadre de ce mémoire, la version française de ce questionnaire a été obtenue sur le site internet d'ONAPS (Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité) (Onaps, s.d.).

3.1.8. Le questionnaire de satisfaction du programme

Un questionnaire de satisfaction (annexe 6) a été établi afin de prendre en compte l'avis des parents concernant le module d'intervention. Dans ce dernier, de nombreuses questions de type oui/non ainsi que des questions ouvertes ont été formulées. Pour certaines questions, une échelle de Likert a également été utilisée. Les questions binaires ont servi à déterminer si les participants avaient appris de nouvelles choses, s'ils étaient satisfaits de venir aux séances et s'ils pouvaient s'exprimer librement. Les questions comprenant une échelle de Likert, par exemple « pas du tout utile ; pas utile ; moyen ; utile ; très utile », ont été essentielles afin de connaître leur avis sur l'utilité des différentes notions apprises telles que l'explication sur l'anxiété, la relaxation, le jeu du détective et l'escalier des peurs et s'ils estimaient que leurs enfants avaient acquis de nouvelles connaissances. Il leur a été demandé non seulement d'émettre leur opinion au sujet de l'intégralité du programme, de l'utilité du matériel, de la durée des séances, mais aussi de se prononcer sur leur disposition à en discuter avec leurs proches. Concernant les questions ouvertes, elles portaient sur les nombreux aspects que les parents avaient appréciés, ce qu'ils avaient moins aimé et ce qu'ils auraient souhaité inclure lors des séances. À l'avenir, ce questionnaire de satisfaction permettra de perfectionner le module d'intervention.

La figure 2 montre le déroulement temporel des différents questionnaires lors de l'intervention.



Note. STAI, State-Trait Anxiety Inventory ; ONAPS-PAQ, questionnaire de l'observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité ; MQOL-R, *McGill Quality of Life Questionnaire revised* ; VAS, Échelle visuelle analogue évaluant le sentiment d'autoefficacité du parent à gérer l'allergie alimentaire ; SOFAA-P, Scale of Food Allergy Anxiety – Parents ; FAQL-PF, *Food Allergy Quality of Life Parent form* ;

Figure 2. Déroulement temporel des différents questionnaires

3.2. Module d'intervention

Les séances de l'intervention consacrées aux parents ont été inspirées par le programme « Super Actif » de Berthiaume et al. (2008). Lors de ces dernières, des techniques cognitivo-comportementales telles que la respiration et la relaxation, la restructuration cognitive, la résolution de problèmes et l'exposition ont été pratiquées (Berthiaume et al., 2008). À chaque séance, une technique spécifique a été apprise aux parents en vue de les aider à gérer l'anxiété de leur enfant concernant l'AA. Toutes les séances de psychoéducation concernaient l'AA des enfants.

Au sujet des séances de psychoéducation, les parents et leurs enfants ont été présents à cinq d'entre elles. Elles se sont déroulées à la polyclinique du CHR de Verviers les samedis après-midi sur une durée de deux mois (avril et mai). Chaque séance était donnée en groupe, séparément pour les enfants et adultes. À chaque début, un rappel de la séance précédente avait lieu et à la fin, les parents et les enfants se rassemblaient pour mettre en commun de ce qu'ils avaient appris.

Séance 1 : présentation et information (B1)

Cette première séance a tout d'abord été dédiée à une explication complète du déroulement des différentes séances, à une réponse aux éventuelles questions des parents et à l'importance de la présence des parents. La thématique abordée était le lien entre l'anxiété et l'AA ainsi que ses causes et ses conséquences. Le côté sain et pathologique de l'anxiété a été mis en évidence, ainsi que ses trois composantes (les comportements, les sensations et les pensées) et l'importance d'agir sur celles-ci pour diminuer l'anxiété (annexe 7). La place de la psychologue dans cette intervention a également été discutée. Ensuite, à tour de rôle, chaque parent s'est présenté et s'est exprimé au sujet de l'impact de l'AA sur leur vie. Il a été important de préciser que les participants étaient libres de partager leur quotidien avec les autres membres du groupe.

Séance 2 : les sensations physiques (B2)

Cette séance a été axée sur les diverses sensations physiques ressenties par les enfants en lien avec l'anxiété. Les parents ont donc été invités à partager les différentes sensations physiques de leurs enfants lorsqu'ils sont anxieux. Il leur a été expliqué que les sensations physiques servent de système d'alarme et ont pour objectif d'avertir d'un danger et de réagir face à celui-ci. Cependant, malgré une absence de danger, le système d'alarme peut tout de même s'enclencher. Afin de le canaliser et, par conséquent, de diminuer les sensations physiques, trois techniques ont été apprises aux parents pour aider les enfants: la respiration abdominale, la relaxation musculaire et l'exercice du spaghetti. Dans le but de s'approprier ces différents exercices dans leur vie quotidienne, ils ont été pratiqués plusieurs fois.

Séance 3 : les pensées (B3)

Durant cette séance, l'accent a été mis sur la restructuration cognitive et plus spécifiquement, les pensées catastrophiques des enfants et l'importance de les repérer et de les travailler. En effet, ces pensées engendrent des émotions et des sensations physiques désagréables. Il a été expliqué aux parents qu'un jeu nommé « le jeu du détective » peut aider l'enfant à les bloquer. Le concept du jeu a été détaillé. Tout d'abord, accompagner les enfants à se questionner concernant la pensée catastrophique, c'est-à-dire si elle est fondée sur la réalité. Chercher ensuite des preuves prouvant sa pertinence. Et enfin, formuler une pensée aidante. Cet outil permet à l'enfant de prendre conscience qu'il existe différentes façons de penser face à une situation et d'apprendre à les gérer.

Séance 4 : les comportements (B4)

Au cours de cette séance, les comportements catastrophiques ont été abordés. Les parents ont été sollicités afin d'identifier les différents comportements dysfonctionnels de leurs enfants lorsqu'ils sont anxieux. L'une des manifestations comportementales les plus fréquentes est l'évitement. Les impacts de l'évitement ont alors été présentés aux parents. Dans un premier temps, l'enfant fuit la situation anxiogène, ce qui, pour lui, est bénéfique à court terme. En effet, cette stratégie n'est pas efficace à long terme car la réaction de stress est d'autant plus prononcée lorsque la situation émerge à nouveau. Afin d'y remédier, un comportement d'aide, l'exposition, a été présenté aux parents. Même si l'exposition est susceptible d'occasionner de l'anxiété, il est toutefois important d'expliquer aux parents que cela prouvera à l'enfant que la situation redoutée ne se produit pas forcément. S'exposer progressivement diminuera ainsi la peur. Afin d'encourager leurs enfants à hiérarchiser les peurs et les classer de la moins anxiogène à la plus anxiogène, un thermomètre des émotions (annexe 8) est proposé aux parents. Cet outil permet la représentation de l'anxiété. Un « escalier des peurs » peut être construit par la suite.

Séance 5 : le renforcement et conclusion (B5)

Lors de cette dernière séance, un rappel de la séance précédente en lien avec l'exposition et l'escalier des peurs a eu lieu. Afin de renforcer notamment l'exposition, une technique a brièvement été proposée aux parents à l'aide du jeu des jetons. Cet outil permet de renforcer un comportement chez l'enfant que le parent souhaite voir réapparaître. Il existe différents types de renforcement : tangibles, sensoriels, comestibles, sociaux et les activités. Cette technique n'a pas pu être davantage approfondie en raison du temps imparti. Il était important également de pouvoir clôturer la séance dans les meilleures conditions. En effet, les derniers instants passés en groupe ont été consacrés à un échange informel entre les parents et l'étudiante concernant l'intervention.

4. Les analyses statistiques

Dans le cadre de ce mémoire, des données quantitatives et qualitatives ont été obtenues. À l'aide de statistiques descriptives, une évaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité a été réalisée. La faisabilité a été étudiée en prenant compte les taux d'intérêt, de consentement et de participation ainsi que le pourcentage de refus et d'abandons. L'acceptabilité a été évaluée à la suite des réponses au questionnaire de satisfaction collectées auprès des participants.

L'efficacité préliminaire du programme a été effectuée grâce aux statistiques descriptives, à savoir les moyennes et les écarts-types et inférentielles. Notons que ces analyses ont été menées à l'aide du logiciel JAMOVI. Au niveau des statistiques inférentielles, en raison d'un échantillon de petite taille, des tests de rang pour échantillons pairés de Wilcoxon non paramétriques ont été réalisés. Suite aux analyses, aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les comparaisons pré- et post-tests pour le STAI, le MQOL-R, le SOFAA-P, le FAQL-PF et la VAS. Lorsque la probabilité est inférieure à 0.05 ($p<.05$), l'hypothèse nulle est rejetée.

Pour terminer, des analyses visuelles ont été réalisées pour quatre tests (VAS, MQOL-R, SOFAA-P et FAQL-PF) dans le but d'observer l'évolution des scores de chaque participant lors de différents moments de l'intervention (A1,A2,B2,B4 et C1).

Par ailleurs, il existe d'autres analyses statistiques que les analyses visuelles tels que le NAP (Nonoverlap of All Pairs) et le RCI (Reliable Change Index) pour analyser les lignes de base multiples. Cependant, en raison d'un faible échantillon et du faible nombre de comparaisons entre les phases, leur application dans cette étude reste limitée car cela rendrait les résultats difficilement interprétables.

RÉSULTATS

Comme précédemment cité dans la partie méthodologie, l'objectif de ce mémoire est d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité d'un programme de psychoéducation parent-enfant sur la gestion de l'anxiété et du stress. Dans le cadre de ce travail, nos analyses porteront sur le module parent qui a pour objectif d'outiller les parents dans la gestion de l'anxiété et du stress de leur enfant atteint d'AA. Dans un premier temps, les données sociodémographiques des parents recrutés seront présentées à l'aide de statistiques descriptives. Par la suite, l'analyse de la faisabilité du module sera exposée, à savoir le taux d'intérêt (le pourcentage de participants ayant de l'intérêt pour l'étude), ainsi que le taux de consentement (le pourcentage de familles ayant consenti à contribuer à l'étude) et le taux de participation (le pourcentage de sujets ayant pris part à l'intervention) (Allen et al., 2020). Ensuite, l'acceptabilité de l'intervention sera étudiée à partir des réponses des participants au questionnaire de satisfaction. Enfin, une évaluation préliminaire de l'efficacité sera effectuée grâce à un test des rangs pour échantillons appariés de Wilcoxon. Elle sera accompagnée d'analyses visuelles permettant d'observer l'évolution des résultats aux différents moments de la ligne de base multiple.

1. Caractéristiques des participants

Notre échantillon initial comprend deux mères (66.66 %) et un père (33.33 %). L'une des mères est âgée de 34 ans et l'autre de 40 ans. En ce qui concerne le père, il est âgé de 40 ans. La moyenne d'âge est de 38 ans ($ET = 3,46$). Toutefois, un changement de répondant aux questionnaires est survenu au cours de l'étude. En effet, un père a remplacé son épouse suite à une manifestation d'intérêt plus marquée pour l'étude. Finalement, l'échantillon se compose d'une mère (33.33 %) et de deux pères (66.66 %). Cependant, les questionnaires pré-tests (réalisés au temps A1), dont le questionnaire sociodémographique, ont été complétés par Madame, tout de même accompagné par son mari. Ils ont alors participé à la première séance. Par la suite, le père remplaçant son épouse a participé à toutes les séances ainsi qu'à la complétion des questionnaires suivants (B2, B4 et C1).

Le tableau 3 ci-dessous représente un résumé des données sociodémographique de chaque participant et de son enfant.

Tableau 3. *Données sociodémographiques de chaque parent et de son enfant.*

	Mère 1	Mère 2	Père 1	% total
Profession				
Infirmière	33.33	0	0	33.33
Enseignante	0	33.33	0	33.33
Pompier	0	0	33.33	33.33
Situation conjugale				
Marié(e)	33.33	33.33	33.33	100
Antécédents médicaux				
Maladie chronique	0	33.33	0	33.33
Aucun antécédent	33.33	0	33.33	66.66
Sexe de l'enfant				
Garçon	33.33	0	33.33	66.66
Fille	0	33.33	0	33.33
Âge				
10 ans	33.33	0	0	33.33
8 ans et 8 mois	0	0	33.33	33.33
6 ans et 11 mois	0	33.33	0	33.33
Antécédents médicaux de l'enfant				
Maladie chronique	33.33	33.33	0	66.66
Aucun antécédent	0	0	33.33	33.33
Personnes allergiques dans la famille				
Oui	33.33	33.33	0	66.66
Non	0	0	33.33	33.33
Âge du diagnostic				
4 ans	33.33	0	0	33.33
2 ans	0	33.33	0	33.33
1 an	0	0	33.33	33.33
Hospitalisation				
Oui	33.33	0	0	33.33
Non	0	33.33	33.33	66.66

Médicament(s) en cas de réaction				
Oui	33.33	33.33	33.33	100
Non	0	0	0	0
Traitement de désensibilisation				
Oui	0	0	0	0
Non	33.33	33.33	33.33	100
Séance d'éducation thérapeutique				
Oui	0	0	0	0
Non	33.33	33.33	33.33	100

Note. N=3.

2. Faisabilité

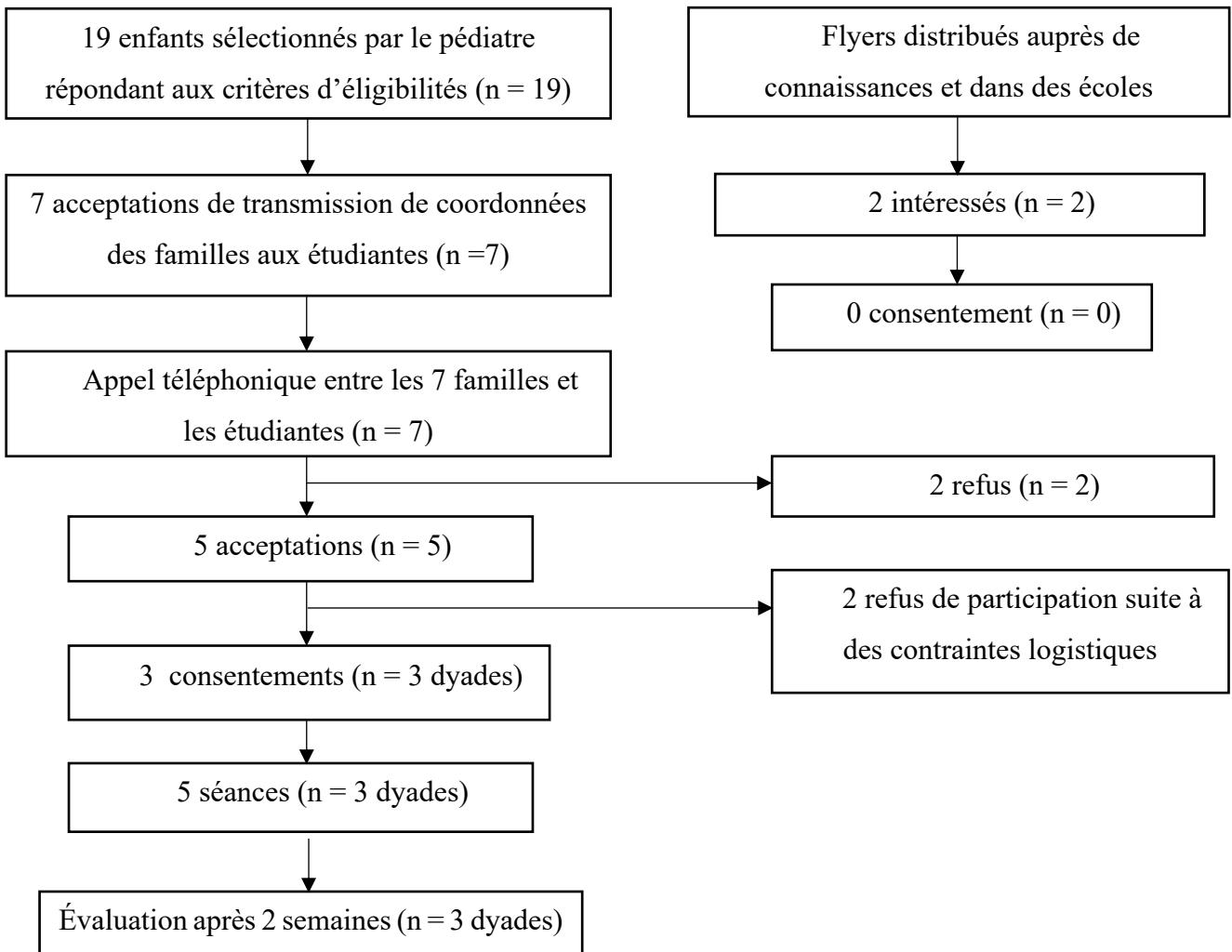


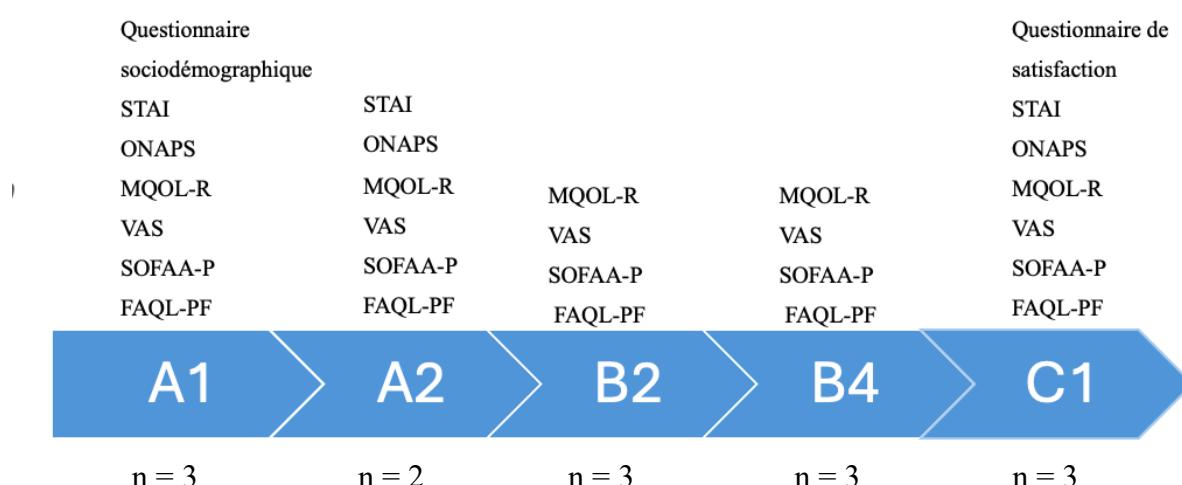
Figure 3. Diagramme CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) illustrant le parcours des participants durant l'étude (Bonne, 2025)

La figure 3 décrit le processus de recrutement des participants. À la suite de la sélection de 19 familles par le pédiatre du CHR, 7 familles (36,84 % des 19) ont donné leur accord de transmettre leurs coordonnées aux étudiantes et seulement 5 (71,43 % des 7) ont, lors d'un appel téléphonique, accepté de participer à l'étude. Le refus des deux familles s'explique par l'opposition de l'enfant et la durée jugée trop importante de l'intervention. Ensuite, en raison de contraintes logistiques, notamment l'hospitalisation de l'un des parents et l'indisponibilité de l'autre le samedi due à de nombreuses activités, deux autres familles se sont également retirées de l'étude. Par conséquent, 3 familles (60 % des 5) ont alors assisté aux différentes séances du module. Pour disposer d'un plus grand nombre de participants, des flyers avaient été déposés dans des écoles. Malgré l'intérêt de deux familles, aucune n'a donné suite, invoquant le problème de la durée de l'étude. De ce fait, nous obtenons un taux d'intérêt de

36,84 % correspondant aux 7 familles intéressées par l'étude sur les 19 figurant sur la liste du pédiatre. En complément des deux familles extérieures intéressées par l'étude via les flyers, nous obtenons un total de 9 familles. Cependant, étant donné que le nombre total de familles ayant été exposées aux flyers est inconnu, il n'est pas possible de calculer un taux d'intérêt précis. Concernant le taux de consentement, il s'élève à 60 %, représentant les 3 familles ayant donné leur consentement parmi les 5 familles qui avaient accepté de participer à l'étude. Enfin, le taux de participation des 3 familles aux séances est de 100 %.

Concernant la participation des sujets, un taux de 100% a été obtenu, en effet, aucun abandon n'a eu lieu. En effet, les familles ont assisté aux cinq séances organisées le samedi après-midi au CHR de Verviers. Toutefois, une famille a manqué la dernière séance en raison de vacances programmées. Afin d'assurer une assiduité totale, elle a été réalisée individuellement à leur domicile la semaine suivante.

Quant à la compléion des questionnaires, 100 % des participants les ont remplis lors du temps A1, contre seulement deux participants (66.66 %) au temps A2. Cette différence s'explique par des contraintes temporelles ayant empêché la famille de réaliser les seconds questionnaires pré-test. En revanche, les temps B2, B4 et C1 ont donné lieu à une compléion intégrale des questionnaires, y compris celui de satisfaction au temps C1.



Note. STAI, State-Trait Anxiety Inventory ; ONAPS-PAQ, questionnaire de l’observatoire national de l’activité physique et de la sédentarité ; MQOL-R, *McGill Quality of Life Questionnaire revised* ; VAS, Échelle visuelle analogue évaluant le sentiment d’auto-efficacité du parent à gérer l’allergie alimentaire ; SOFAA-P, Scale of Food Allergy Anxiety – Parents ; FAQL-PF, *Food Allergy Quality of Life Parent form* ;

Figure 4. Répartition des participants lors des différentes évaluations à chaque étape de l'étude

3. Acceptabilité

Les participants ont complété le questionnaire de satisfaction à leur domicile deux semaines après la fin de l'intervention.

Concernant l'évaluation de l'entièreté du programme, les 3 participants (100 % des sujets) l'ont jugé comment étant « bien » sur une échelle de Likert à 5 points allant de « pas bien du tout » à « très bien ».

Dans un premier temps, 3 questions binaires de type « oui/non » ont été posées. Ces réponses ont révélé que l'ensemble des participants (100 %) ont déclaré avoir acquis de nouvelles connaissances et avoir pu s'exprimer librement lors des différentes séances. En revanche, seuls deux parents (66.66 %) sur 3 étaient contents de venir.

La satisfaction concernant les différentes séances a ensuite été évaluée à l'aide d'une échelle de Likert à 5 points allant de « pas bien du tout » à « très bien ». Différentes notions ont été abordées lors de 4 séances : la psychoéducation sur l'anxiété, la relaxation, le jeu du détective et l'escalier des peurs. Deux participants sur trois (66.66 %) ont évalué la psychoéducation sur l'anxiété et la relaxation comme « bien » tandis que le troisième (33.33 %) les a jugées comme étant « bof ». Le jeu du détective a été évalué comme « bien » par deux sujets (66.66 %) et « très bien » par le dernier (33.33 %). En revanche, l'escalier des peurs a été jugé comme « bien » par les trois parents (100 %). Le tableau 4 illustre les réponses des parents sur la satisfaction des séances.

La séance finale, non mentionnée dans le tableau, a consisté en un bref rappel de la séance précédente en lien avec l'exposition (l'escalier des peurs) et a principalement permis la clôture de l'intervention par un libre échange entre l'étudiante et les participants. En plus du questionnaire de satisfaction, il paraissait pertinent de prévoir un échange informel afin de connaître le ressenti de l'ensemble des parents, ce qui a effectivement été mis en place. Par exemple, concernant la psychoéducation sur l'anxiété et la relaxation, l'un des participants a exprimé être déjà familiarisé avec ces techniques dans le cadre de son travail, ce qu'il jugeait alors moins pertinent à revoir. À propos du jeu du détective, les parents ont également mentionné qu'ils ont apprécié cette technique car ils n'avaient jamais envisagé de questionner leurs enfants de cette façon.

Tableau 4. Pourcentage de réponses des parents sur la satisfaction des séances.

	Psychoéducation sur l'anxiété	Relaxation	Jeu du détective	Escalier des peurs
Très bien	0	0	33.33	0
Bien	66.66	66.66	66.66	100
Bof	33.33	33.33	0	0
Pas bien	0	0	0	0
Très bien	0	0	0	0

L'utilité des différentes séances reprenant les 4 notions citées ci-dessus a été évaluée grâce à une échelle de Likert à 5 points allant de « pas du tout utile » à « très utile ». Deux sujets sur trois (66.66 %) ont jugé la psychoéducation sur l'anxiété et la relaxation comme « utile » tandis que le troisième (33.33 %) les a évaluées comme étant « moyen ». En ce qui concerne le jeu du détective, il a été évalué comme « utile » par deux participants (66.66 %) et « très utile » par le dernier participant (33.33 %). Quant à l'escalier des peurs, il est considéré comme étant « utile » par l'ensemble des parents (100 %). Le tableau 5 ci-dessous reprend ces informations.

Tableau 5. Pourcentage de réponses des parents sur l'utilité des séances.

	Psychoéducation sur l'anxiété	Relaxation	Jeu du détective	Escalier des peurs
Très utile	0	0	33.33	0
Utile	66.66	66.66	66.66	100
Moyen	33.33	33.33	0	0
Pas utile	0	0	0	0
Pas du tout utile	0	0	0	0

Par la suite les parents ont été invités à s'exprimer concernant une possible recommandation du programme à leurs proches. Il s'est avéré qu'à l'aide d'une échelle de Likert à 5 points allant de « pas du tout » à « sûrement » l'ensemble des participants (100 %) a opté pour la réponse « plutôt oui ».

Puis, une évaluation a été réalisée à propos du matériel d'intervention comprenant un cahier d'accompagnement et les explications données par l'étudiante. Les trois parents (100 %) les ont

jugés sur échelle de Likert à 5 points allant de « pas bien du tout » à « très bien » comme étant « bien ».

Concernant la durée du programme, un parent sur trois (33.33 %) a estimé que les séances étaient trop longues et trop nombreuses. Il a exprimé des difficultés à enchaîner les cinq séances après sa matinée de travail. Cependant, tous les participants (100 %) ont considéré que le nombre de séances était suffisant.

Pour terminer le questionnaire de satisfaction, des questions ouvertes ont été posées.

À l'une des questions « qu'avez-vous aimé lors des séances ? », les résultats ont été les suivants : le triangle pour un parent sur trois (soit 33.33 %), échanger avec les autres parents pour deux parents sur trois (soit 66.66 %), échanger sur les allergies pour deux parents sur trois (soit 66.66 %), prise de conscience du vécu pour un parent sur trois (soit 33.33 %) et la manière d'échanger avec l'enfant pour un parent sur trois (soit 33.33 %).

Les résultats à la question « qu'est-ce que vous n'avez pas aimé lors des séances » ont été: les nombreux questionnaires pour un parent sur trois (soit 33.33 %) et les nombreuses séances pour un parent sur trois (soit 33.33 %).

Pour de futurs programmes, l'un des parents (33.33 %) a exprimé qu'il aimerait plus de jeux lors des séances. Un autre (33.33 %) souhaiterait être informé des propos de son enfant lors des interventions afin de mieux l'accompagner. Effectivement, selon ce parent, l'enfant n'explique pas forcément tout de ce qu'il ressent. Le dernier parent (33.33 %) désirerait que les séances soient plus condensées.

4. Efficacité préliminaire

Le test de rang pour échantillons pairés de Wilcoxon, une alternative non paramétrique au test t de Student pour échantillons appariés, a été utilisé pour évaluer l'efficacité préliminaire du programme. Ce test s'est montré pertinent pour réaliser une comparaison entre les résultats pré- et post-test des participants obtenus à partir des questionnaires. Par la suite, des analyses visuelles pour chaque sujet ont été effectuées pour démontrer les potentiels changements des mesures prises avant, pendant et après l'intervention. En raison de la taille réduite de l'échantillon et du caractère secondaire de cet objectif, les analyses statistiques n'ont pas été davantage approfondies.

4.1. Statistiques descriptives

Le tableau 7 met en évidence les moyennes des résultats pour les trois participants, avant et après l'intervention. Y figurent les moyennes concernant le sentiment d'auto-efficacité du parent à gérer l'AA de son enfant (variable cible), l'anxiété (variable cible) mesurée par les questionnaires le SOFAA-P et le STAI ainsi que la QdV évaluée par le MQOL-R et le FAQL-PF (variable de transfert). La variable de contrôle (ONAPS) servait uniquement à s'assurer que la variable non ciblée n'évoluait pas de manière significative.

Tableau 6. *Moyennes et écart-types aux différents tests.*

	Pré-test (A1)		Post-test (C1)	
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
STAI	47	12.29	41	7.81
MQOL-R - Qualité de vie globale	8.33	0.577	7	1.72
MQOL-R - sous-échelles	6.81	1.03	6.67	1.37
SOFAA-P	22	18.52	7.33	3.51
FAQL-PF	2.37	0.907	1.13	0.404
VAS	8.67	0.577	9	0
ONAPS- Activité Physique	1640	1467	950	390
ONAPS- sédentarité	202	109	464	405

Note. STAI, State-Trait Anxiety Inventory ; MQOL-R, *McGill Quality of Life Questionnaire revised* ; SOFAA-P, Scale of Food Allergy Anxiety – Parents ; FAQL-PF, *Food Allergy Quality of Life Parent form* ; VAS, Échelle visuelle analogue évaluant le sentiment d'auto-efficacité du parent à gérer l'allergie alimentaire.

Les scores moyens au STAI se situent à 47 ($ET = 12.29$) au pré-test et à 41 ($ET = 7.81$) au post-test. Comparativement aux normes françaises proposées par Gauthier & Bouchard. (1993) en situation d'examen ($M = 41.67$, $ET = 10.58$) et en situation de non examen ($M = 42.60$, $ET = 10.98$), ces résultats suggèrent initialement une différence supérieure aux moyennes de

référence. Au niveau des résultats du post-test, les scores se situent légèrement en-dessous des normes.

Concernant le MQOL-R, les normes pour la qualité de vie globale ($M = 7.04$, $ET = 1.82$) d'une étude polonaise (Rybarski et al., 2018) indiquent que les moyennes obtenues aux résultats du pré-test sont légèrement supérieures contrairement au post-test, où les résultats sont dans la moyenne. Par rapport aux normes des sous-échelles B ($M=0.17$, $ET = 2.72$), C ($M = 6.95$, $ET = 2.29$) et D ($M = 8.27$, $ET = 1.82$), les scores obtenus lors des moments d'évaluation se situent entre la sous-échelle C et D.

Au niveau du SOFAA-P, les résultats entre le pré- et le post-test se révèlent être inférieurs aux normes de référence provenant des Etats-Unis ($M = 33.9$, $ET = 16.1$) rapportées par Dahlsgaard et al. (2022) Toutefois, l'écart-type du pré-test est légèrement supérieur par rapport aux normes de référence.

Pour le FAQL-PF, comparé aux normes de référence ($M = 4$, $ET = 3.7$) issues de DunnGalvin et al. (2008) en Irlande, les résultats obtenus avant et après l'intervention indiquent des scores inférieurs.

En ce qui concerne les VAS, aucune norme de référence n'est disponible, celles-ci ayant été élaborées lors de ce mémoire. Toutefois, l'échelle de la VAS allant de 0 à 10, un score supérieur à 5 est considéré comme élevé.

À ce jour, il n'existe aucune norme de référence pour le questionnaire ONAPS. On observe néanmoins des scores moyen et des écart-types relativement élevés, ce qui pourrait suggérer que certains items ont été mal interprétés par les participants.

4.2. Statistiques inférentielles non paramétriques

En raison de probabilité supérieure à 0.05, aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les comparaisons pré- et post-tests des divers questionnaires. Par conséquent, nous n'avons pas assez de preuves pour affirmer qu'il existe une différence significative entre l'avant et l'après l'intervention. Le tableau 10, illustrant les scores des statistiques W, ainsi que leurs probabilités et les tailles d'effet variant entre -1 et 1 (corrélation bisériée des rangs), le met en évidence.

Tableau 7. Valeurs *W* et probabilités associées du test de rang pour échantillons pairés de Wilcoxon

	<i>W</i>	<i>P</i>	<i>R_RB</i>
STAI	6	0.125	1.00
MQOL-R- Qualité de vie globale	1	0.977	1.00
MQOL-R-sous échelles	3	0.625	0.00
SOFAA-P	6	0.125	1.00
FAQL-PF	6	0.125	1.00
VAS	0	0.500	-1.00
ONAPS-Activité Physique	5	0.500	0.667
ONAPS-sédentarité	1	0.500	-0.667

**p*<.05.

Note. STAI, State-Trait Anxiety Inventory ; MQOL-R, *McGill Quality of Life Questionnaire revised* ; SOFAA-P, Scale of Food Allergy Anxiety – Parents ; FAQL-PF, *Food Allergy Quality of Life Parent form* ; VAS, Échelle visuelle analogue évaluant le sentiment d'auto-efficacité du parent à gérer l'allergie alimentaire ; ONAPS-PAQ, questionnaire de l'observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité.

4.3. Analyses visuelles

Ces analyses permettent de représenter graphiquement les résultats des participants obtenus à partir des différents questionnaires administrés à plusieurs moments : avant (A1 et A2), pendant (B2 et B4) et après (C1). Elles servent à observer une évolution possible, à savoir une diminution, une augmentation ou une stabilité des scores. Cependant, ces analyses doivent être interprétées avec prudence.

Les quatre tests effectués avant, pendant et après l'intervention, permettent de mesurer le sentiment d'auto-efficacité des parents à gérer l'allergie alimentaire de l'enfant à l'aide de la VAS, la perception qu'ont les parents de l'anxiété et de la QdV de leur enfant liée à l'AA (SOFAA-P et FAQL-PF), ainsi que leur propre QdV (MQOL-R). Notons que pour les graphiques, les unités de temps (A1,A2,B2,B4,C1) sont représentées sur l'axe des abscisses

tandis que les scores des questionnaires figurent sur l'axe des ordonnées. Y figurent également la moyenne des scores, les écart-types et la courbe de tendance linéaire.

Concernant l'évaluation du sentiment d'auto-efficacité du parent à gérer l'allergie alimentaire de l'enfant à l'aide d'une VAS, l'axe des Y a été gradué jusqu'à 10, correspondant au score maximal. Pour le sujet 1, nous pouvons observer des résultats globalement élevés, avec une légère diminution à un moment donné, suivie d'une nouvelle augmentation. Tandis que les sujets 2 et 3 obtiennent également des scores relativement élevés et stables dans le temps.

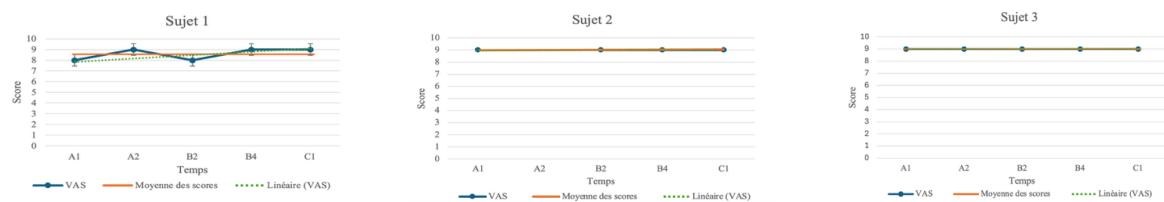


Figure 5. Évaluation des scores de la VAS au cours du temps pour chaque sujet

Par rapport aux résultats du MQOL-R, les analyses visuelles ont été séparées en deux temps. L'axe des Y a également été gradué également jusqu'à 10, représentant le score maximal. Les trois premiers graphiques représentent la QdV globale des parents, devant être évaluée individuellement. Pour les deux premiers sujets, les scores élevés dans un premier temps, connaissent une baisse, avant d'augmenter par la suite. Pour le sujet 3, nous observons une diminution des scores, puis une légère augmentation pour finalement diminuer à nouveau.

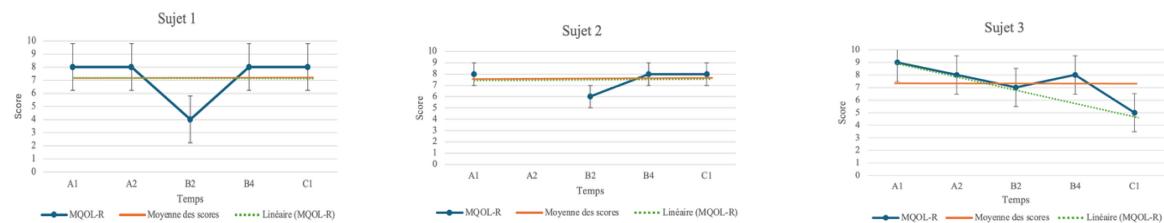


Figure 6. Évaluation des scores de la Qualité de Vie globale du MQOL-R au cours du temps pour chaque sujet

Ces trois autres graphiques du MQOL-R représentent les sous-échelles. Les deux premiers sujets présentent des scores fluctuants, avec une diminution marquée pour le sujet 1 à un moment donné. Le sujet 3 connaît d'abord une augmentation, puis une stabilité.

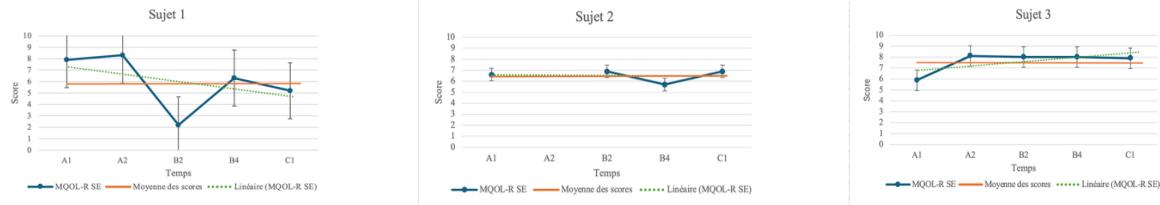


Figure 7. Évaluation des scores des sous-échelles du MQOL-R au cours du temps pour chaque sujet.

En ce qui concerne le FAQL-PF, l'axe des Y a été gradué jusqu'à 10, représentant le score maximal. Les trois sujets montrent des scores bas avec de légères fluctuations. Toutefois, au début, le sujet 1 présente des résultats légèrement plus élevés que les autres.

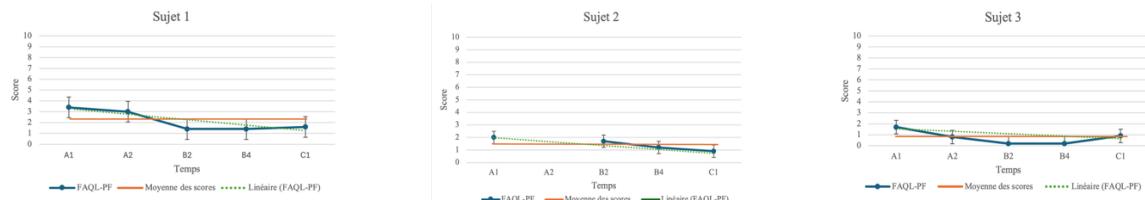


Figure 8. Évaluation des scores du FAQL-PF au cours du temps pour chaque sujet.

Pour le SOFAA-P, l'axe des ordonnées a été gradué jusqu'à 110, correspondant au score maximal. Concernant le sujet 1, comparativement aux deux autres, nous observons des scores légèrement plus élevés diminuant par la suite. Les sujets 1 et 2 présentent des scores relativement bas avec quelques fluctuations minimes.

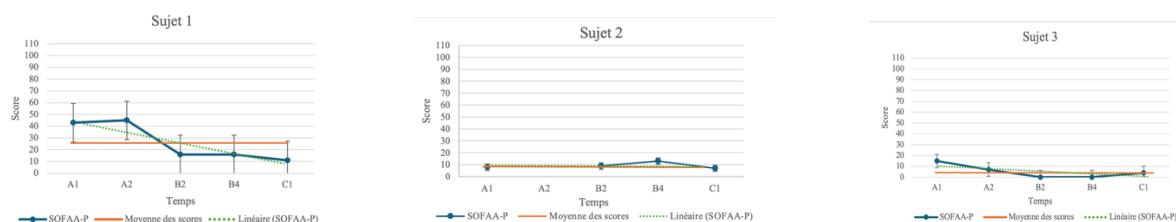


Figure 9. Évaluation des scores du SOFAA-P au cours du temps pour chaque sujet

Comparativement aux résultats obtenus auprès des enfants dans le mémoire réalisé par Bronne. (2025), portant sur la gestion de l'anxiété, la faisabilité reste comparable en raison du processus de recrutement identique, s'agissant en effet de la même intervention. On retrouve des résultats plutôt similaires concernant l'acceptabilité du programme. Quant à l'efficacité préliminaire, aucune différence significative n'a pu être mise en évidence.

DISCUSSION

1. Rappel des objectifs et hypothèses, de la méthodologie et de question recherche

L'intérêt de ce mémoire est d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité d'un module de psychoéducation parent-enfant sur la gestion de l'anxiété chez des enfants âgés entre 7 et 12 ans atteints d'AA. Fondé sur les approches cognitivo-comportementale, le module présenté dans ce mémoire s'est inspiré du programme Super Actif ! (Berthiaume et al., 2008).

Afin de répondre à la question de recherche « la mise en place d'un module de psychoéducation parent-enfant visant à outiller des parents sur la gestion de l'anxiété des enfants âgés entre 7 et 12 ans atteints d'allergies alimentaires est-elle acceptable et faisable ? », une intervention de groupe a été mise en place auprès d'enfants allergiques et de leurs parents. Bien que l'efficacité de l'implication parentale dans la gestion de l'anxiété infantile ait été démontrée (Salari et al., 2018 ; Turgeon & Brousseau, 2018), les études incluant les parents restent de faible intensité (Salari et al., 2018 ; Sugunasingha et al., 2020). C'est pourquoi il paraissait pertinent de mettre en œuvre un programme parent-enfant.

Notre intervention, comprenant cinq séances, a été réalisée de manière parallèle pour les parents et les enfants (Bronne, 2025). La première séance était consacrée à la thématique de l'AA et à son lien avec l'anxiété. Les séances suivantes portaient sur l'apprentissage de certaines techniques spécifiques ciblant différentes composantes de l'anxiété : par exemple, la relaxation pour les sensations physiques, la RC pour les pensées et l'exposition pour les comportements. La dernière séance a permis de faire un rappel de la séance précédente et de clôturer l'intervention.

Cette étude reposait sur 3 hypothèses : la faisabilité de l'intervention, l'acceptabilité des participants et les effets potentiellement bénéfiques, décrits ultérieurement, pour les parents et les enfants. Afin d'y répondre, les participants ont rempli différents questionnaires avant, pendant et après l'intervention. L'efficacité préliminaire de ce programme, considérée comme secondaire, a été évaluée à l'aide d'un protocole à lignes de base multiples.

Dans cette partie, les principaux résultats seront présentés et analysés à la lumière des hypothèses formulées et de la littérature existante. Enfin, les limites de cette étude ainsi que les perspectives futures seront discutées.

2. Retour sur les hypothèses

Hypothèse 1 : la faisabilité

Notre première hypothèse portait sur la faisabilité du programme. Nous anticipions que des familles s'intéresseraient, participeraient et s'engageraient activement dans l'ensemble des séances. Nous nous attendions à un taux satisfaisant d'intérêt, de consentement et de participation de la part des familles.

Concernant le recrutement des participants, deux méthodes ont été mises en place. La première a été réalisée via la pédiatre du CHR qui prenait contact directement avec les familles correspondant aux critères d'inclusion. À l'aide de cette méthode, nous avons obtenu le consentement de trois familles, bien qu'initialement 7 familles aient porté de l'intérêt à l'étude. La seconde méthode, visant à élargir l'échantillon, consistait à distribuer des flyers dans des écoles et auprès de connaissances. Suite à cette méthode, deux familles ont porté de l'intérêt à la recherche mais aucune n'a finalement accepté d'y participer. De ce fait, le recrutement de participants n'a rencontré de succès qu'auprès de la pédiatre, la diffusion de flyers n'ayant rapporté aucun participant. Certaines raisons peuvent expliquer les refus rencontrés lors du recrutement des familles, l'une d'entre elles étant la durée du programme jugé trop longue. En effet, le programme s'est déroulé sur une période de deux mois, comprenant la complétion des questionnaires et les 5 séances par semaine organisées chaque samedi après-midi. Certaines familles ont également exprimé de ne pas être en mesure d'y participer chaque samedi, en raison des activités des enfants. Il a d'ailleurs été démontré que le manque de temps et les contraintes liées à l'organisation favorisent davantage la non-participation aux programmes (Rostad et al., 2018).

Par conséquent, parmi les familles contactées par la pédiatre, nous avons obtenu un taux d'intérêt de 36.84 %, avec 7 familles sur 19 manifestant de l'intérêt pour l'étude. Ensuite, le taux de consentement est de 60 %, seulement 3 familles sur 5 (ayant donné leur accord) ont consenti à participer à l'étude. Enfin, le taux de participation s'élève à 100 %, les trois familles ayant pris part à l'ensemble des séances. Ces résultats ouvrent la voie à certaines pistes de réflexion. Par exemple, bien que certaines familles aient manifesté de l'intérêt pour l'étude, l'indisponibilité des participants et la durée du programme ont été un frein à leur participation. De plus, dans ce cas-ci, le recrutement des familles semble également plus accessible lorsque

l'étude est présentée par un professionnel, en l'occurrence par la pédiatre, plutôt que par le biais de flyers.

Une intervention de groupe peut être bénéfique : en effet, elle permet d'une part de soutenir les parents et les enfants et d'autre part, d'échanger des informations entre les participants (LeBovidge & al., 2008). Par ailleurs, la mise en place de cette intervention a pu rencontrer certaines contraintes organisationnelles. En effet, la présence de tous les participants étant requise à chaque séance, il a été nécessaire de trouver un créneau horaire commun, ce qui s'est révélé complexe. Certains parents devaient composer avec leurs obligations professionnelles, tandis que certains enfants devaient se rendre à leurs activités extrascolaires. Par conséquent, comme mentionné précédemment, l'une des familles n'a pas pu participer à l'étude étant finalement indisponible le samedi.

Lors des différentes séances, il n'y a eu aucun abandon et les participants ont fait preuve d'une assiduité totale. Toutefois, suite à des vacances organisées, une séance individuelle a exceptionnellement dû être reportée et a été organisée à domicile pour un parent et son enfant afin qu'ils ne manquent aucune séance. Ce report a donc permis de garder une participation complète des sujets aux cinq séances.

Pour réaliser ce programme, nous avons alors recruté trois parents et leurs enfants ($n = 3$ dyades). Bien que l'intervention ait pu être mise en place, la taille de l'échantillon aurait idéalement dû être plus grande. En effet, afin de garantir l'efficacité des groupes et favoriser une bonne dynamique, il est recommandé que la taille du groupe varie entre 5 et 8 personnes. De plus, un groupe plus large permet non seulement de ne pas créer un sentiment d'exposition chez les participants mais aussi, en cas d'abandon, de garantir la continuité du groupe. Il est également préconisé que l'équilibre homogénéité/hétérogénéité du groupe soit respecté (Tanner et al., 2024). Dans le cas de notre étude, la dynamique du groupe était relativement bonne et malgré des parcours similaires dans leur histoire de vie concernant l'AA de leur enfant, chaque parent y ajoutait sa singularité. Pour de futures interventions, il serait néanmoins pertinent d'augmenter la taille de l'échantillon.

Cette première hypothèse peut donc être confirmée. En effet, le taux de participation atteint est de 100 % et aucun désistement n'a eu lieu. Malgré certaines difficultés organisationnelles et un échantillon réduit, l'assiduité et l'adhésion sont des indicateurs positifs de la faisabilité du programme.

Hypothèse 2 : l'acceptabilité

La seconde hypothèse concernait l'acceptabilité de notre intervention. La satisfaction des parents a été évaluée à l'aide d'un questionnaire de satisfaction dont les réponses ont été analysées.

L'intervention a été évaluée sur une échelle de Likert comme étant « bien » par les parents. Ils ont également répondu à des questions binaires « oui/non » où ils affirment avoir appris de nouvelles informations. Ensuite, deux participants sur trois ont indiqué qu'ils étaient contents d'assister aux séances, tandis que le troisième ne manifestait pas le même enthousiasme, peut-être en raison de la longueur du programme. Toutefois, les trois participants ont déclaré, en cochant « plutôt oui » sur une échelle de Likert, qu'ils pourraient recommander l'intervention à leurs proches.

Contenu des séances

Concernant les séances, deux participants sur trois ont estimé que la première séance concernant l'anxiété et son lien avec l'AA était utile et bien. La troisième participante l'ayant jugée comme moyennement utile et moins appréciée. Cette participante étant infirmière, nous pouvons formuler l'hypothèse qu'elle a déjà été sensibilisée à la notion de l'anxiété, notamment à travers ses études et des formations professionnelles. C'est pourquoi elle serait potentiellement moins intéressée. Lors de cette séance, ce parent a d'ailleurs mentionné travailler fréquemment avec des patients manifestant des symptômes anxieux. De plus, cette séance contenait beaucoup de théorie et malgré certains échanges, pouvait sembler moins divertissante. Afin de l'améliorer, une activité ludique adaptée aux parents, en lien avec l'anxiété et l'AA, pourrait être mise en place. En effet, elle pourrait renforcer l'engagement dans l'intervention, développer des compétences et motiver les participants en s'observant les uns les autres (Ngooi et al., 2022).

La séance portant sur la relaxation a été évaluée comme utile et bien par deux sujets. Cette technique a davantage plu aux participants visant plutôt la mise en pratique que de la pure théorie. Quant à la troisième participante, étant la même que pour l'évaluation précédente, elle l'a jugée comme étant moyennement utile et moins appréciée également. Ce sujet a exprimé avoir déjà eu recours à ce type de techniques dans son travail et aussi au niveau personnel quand elle ressentait elle-même de l'anxiété. Les trois participants, y compris cette dernière, ont

néanmoins pu constater à quel point le contrôle de la respiration pouvait être un atout pour aider à diminuer l'anxiété (Toussaint et al., 2021).

Par rapport à la séance sur la RC, et plus particulièrement sur le jeu du détective, cette méthode a suscité un vif intérêt, notamment chez les participants qui n'en avaient jamais pris connaissance. C'est pourquoi deux participants l'ont évaluée utile et l'ont appréciée, tandis que le troisième l'a qualifiée de très utile et l'a fortement appréciée. Nous pourrions faire l'hypothèse que les parents ont apprécié que le jeu du détective soit introduit sous une forme de jeu ludique pour les enfants. Par ailleurs, comme ils l'ont évoqué lors de la séance, cette technique pourrait leur être bénéfique en adoptant une autre manière de questionner leur enfant dans des situations anxiogènes. Toutefois, il s'agit d'une technique complexe, qui demande à l'enfant de la patience et de la pratique avant d'être pleinement assimilée (Turgeon & Brousseau, 2018). En effet, l'un des sujets a d'ailleurs tenté de la pratiquer avec son enfant qui, finalement, a rencontré des difficultés à identifier des pensées aidantes pour canaliser son anxiété.

En ce qui concerne la séance sur l'exposition graduée, les trois participants l'ont appréciée et l'ont évaluée comme étant utile. Elle a permis aux parents de comprendre que l'évitement d'une situation n'était pas bénéfique sur le long terme, en raison de l'anxiété qui ne fera que qu'augmenter au fil du temps (Goulet et al., 2024). À l'aide de l'escalier des peurs, un outil pratique et ludique pour les enfants, les parents ont pu assimiler qu'une situation anxiouse devait être affrontée mais de manière hiérarchisée, c'est-à-dire étape par étape. Il a également été constaté que le parent était indispensable, l'enfant ayant besoin de son soutien pour y parvenir.

La dernière séance a débuté par un rappel de l'exposition lors de la séance précédente. Un outil favorisant l'exposition, le jeu des jetons, a été brièvement présenté aux parents. Il permet de renforcer positivement un comportement. Ensuite, la majeure partie de la séance a été consacrée à un échange libre à propos de l'intervention où les points positifs et négatifs ont été abordés. En effet, il semblait pertinent de prévoir un débriefing, car il permet à l'ensemble des participants non seulement de prendre conscience de ce qu'ils ont vécu et appris, mais aussi de partager leur ressenti (Crookall, 2023). Enfin, de manière imprévue, les parents ont rejoint leurs enfants qui terminaient un jeu de société (Bonne, 2025). Ce moment partagé a permis de se rendre compte que l'intégration de séances communes parent-enfant pourraient être pertinentes. En effet, les deux parties semblaient enthousiastes de passer un moment ensemble pendant la séance.

Nombre et durée des séances

Concernant notre programme, il comprenait cinq séances d'1h30. Un participant sur trois a estimé que le nombre de séances était trop important et leur durée excessive, tandis que les trois participants ont jugé qu'il n'était pas nécessaire d'ajouter davantage de séances. En effet, certains parents ont été obligés de cumuler leur travail, les activités sportives des enfants et les longs trajets. Nous pouvons en déduire que ces différents aspects peuvent être perçus comme des contraintes, ce qui a potentiellement joué un rôle sur leur ressenti et leur implication vis-à-vis de l'intervention (Rostad et al., 2018). De manière générale, en comparaison avec d'autres programmes tels que FRIENDS, les séances durent entre 60 à 70 minutes. Toutefois, le nombre de séances peut s'élever jusqu'à 10 (Fisak et al., 2023). Dans notre cas, il nous a semblé préférable de proposer un programme avec moins de séances, mais plus longues afin que toutes les notions abordées soient intégrées, que les participants se sentent à l'aise et que le taux d'abandons soit limité (Williams et al., 2022).

Matériel utilisé

Au début de l'intervention, un cahier d'accompagnement a été distribué à chaque parent. Il reprenait l'ensemble des notions théoriques abordées au fil des séances, accompagnées d'illustrations et d'exemples d'exercices à réaliser éventuellement avec leur enfant. Il était recommandé aux parents d'apporter ce cahier à chaque rencontre afin de pouvoir suivre plus facilement le déroulé de la séance. Les participants ont d'ailleurs exprimé apprécier ce support. Cet outil visuel a potentiellement permis la compréhension de chaque concept théorique et a contribué à un apprentissage plus accessible. En effet, ce type de support permet plus facilement la transmission des notions (Moller et al., 2024).

À propos de l'environnement, les séances ont eu lieu dans un bureau inoccupé de la polyclinique du CHR. Toutefois, l'espace étant restreint, les participants étaient assis assez proches les uns des autres. Il aurait été intéressant de disposer d'un lieu plus spacieux afin que les parents se sentent plus à l'aise, surtout lors des séances comportant des exercices pratiques comme celle sur la relaxation.

Finalement, ce type de programme parent/enfant semble s'avérer être acceptable. Cette étude tend à confirmer notre seconde hypothèse. Les participants se sont montrés satisfaits de l'intervention et ont appris de nouvelles informations. Toutefois, certains n'étaient pas contents de venir aux séances qu'ils trouvaient trop longues et trop nombreuses.

Hypothèse 3 : l'efficacité préliminaire

Notre dernière hypothèse portait sur l'efficacité préliminaire du programme. Notons que l'efficacité préliminaire est considérée comme secondaire dans cette analyse. En effet, cette étude pilote a principalement pour but d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité du programme. Concernant les résultats, nous souhaitions observer une augmentation du sentiment d'auto-efficacité (variable cible) et une amélioration de la QdV (variable de transfert) chez les parents.

Les analyses relatives dans cette partie ont été menées à l'aide du test t de Wilcoxon pour échantillons appariés. Les résultats n'ont révélé aucune différence significative concernant la QdV et le sentiment d'auto-efficacité des parents avant et après l'intervention. Par conséquent, en raison d'un manque de preuves suffisantes, ces données statistiques obtenues ne permettent pas de confirmer cette hypothèse.

Certains facteurs peuvent partiellement expliquer ces résultats. Tout d'abord, au niveau du sentiment d'auto-efficacité (VAS), la moyenne des résultats des trois participants présentait des scores élevés au pré-test, ce qui indique une bonne perception de leur sentiment d'auto-efficacité à gérer l'AA de leur enfant. Après l'intervention, une légère augmentation s'est produite. De ce fait, ces résultats limitent la détection d'une amélioration. En raison de ces résultats, nous pourrions potentiellement parler d'un effet plafond, les données des participants étant proches du score maximal (Wang et al., 2008). Ensuite, à propos du questionnaire « MQOL-R », pour la QdV globale, la moyenne des résultats obtenus avant l'intervention indique une bonne QdV globale et une QdV globale légèrement inférieure après l'intervention, en étant toutefois dans la norme de référence.

Sous-hypothèse 1

Une sous-hypothèse a également été formulée concernant les enfants. Nous espérions que selon la perception des parents, les enfants présenteraient également une diminution de leur anxiété (variable cible) et une amélioration de leur QdV (variable de transfert).

Les résultats n'ont pas montré de différence significative concernant la QdV et l'anxiété des enfants selon le point de vue des parents avant et après l'intervention.

Certains éléments peuvent en partie expliquer ces constatations. Concernant le FAQL-PF en lien avec la QdV de l'enfant perçue par le parent, la moyenne des résultats des trois parents indique que leurs enfants possèdent une bonne QdV lors du début de l'intervention et une QdV

encore meilleure à la fin de l'intervention. Ces scores se situent même en-dessous des normes de référence du FAQL-PF. Dans ce cas-ci, nous pouvons suspecter également un effet plafond étant donné que les résultats sont déjà très bas au début de l'intervention. Les possibles améliorations sont alors complexes à identifier. Pour le SOFAA-P en lien avec l'anxiété des enfants perçue par le parent, les moyennes des résultats des trois sujets témoignent d'une anxiété peu élevée au début de l'intervention, étant en-dessous des normes de référence. Toutefois, à la fin de l'intervention, les scores ont fortement diminué. Nous pourrions formuler l'hypothèse que cette différence de score, bien qu'elle soit bénéfique, pourrait potentiellement s'expliquer par la fatigue ressentie à la fin de l'intervention et les multiples questionnaires à remplir. En effet, ce questionnaire a pu être complété de manière précipitée (Ghafourifard, 2024).

En plus des tests statistiques réalisés avant et après l'intervention, d'autres ont été pris en compte afin d'évaluer les différentes mesures réalisées tout au long de l'intervention. Toutefois, suite à des données manquantes, nous étions limités dans les analyses statistiques. Par conséquent, des analyses visuelles ont été effectuées. Elles ont permis d'analyser une stabilité à propos du sentiment d'auto-efficacité à gérer l'AA de l'enfant, certaines légères variations concernant la QdV (MQOL-R, FAQL-PF) ainsi que pour le test de l'anxiété, notons que les variations des scores pour le sujet 1 est plus marqué (SOFAA-P). Ces différents questionnaires ont été complétés par les participants à la fin des séances.

Il est intéressant de préciser qu'une petite taille d'échantillon peut empêcher la détection d'une statistique fiable (Cao et al., 2024). Il faut également prendre en compte le temps entre la première et dernière évaluation qui est de 9 semaines, ce qui est relativement court. Selon la littérature, il est possible que les effets d'une intervention ne soient pas directement immédiats mais surviennent par exemple six mois plus tard. De plus, certaines techniques requièrent de la pratique (Wetherell et al., 2005).

3. Les limites

Dans le cadre de ce mémoire, plusieurs limites ont pu être identifiées. Une première limite concerne la taille de l'échantillon étant trop petite. Dû au nombre limité de sujets qui ont participé à l'étude ($n = 3$ dyades), un faible effectif ne permet pas de démontrer les potentiels effets significatifs en raison d'une puissance statistique réduite (Alvarez et al., 2021) De plus, les analyses statistiques n'ont pas pu être davantage approfondies suite à un manque de données.

Une seconde limite est dédiée à l'administration des questionnaires. Plusieurs d'entre eux ont été complétés par les participants à cinq moments différents du programme (A1, A2, B2, B4 et C1). Notons que pour l'un des parents, comme mentionné ultérieurement, la compléction des questionnaires n'a eu lieu que quatre fois en raison de contraintes temporelles. Les parents ont pu exprimer leur insatisfaction à remplir les mêmes questionnaires à chaque fois. Ils ont mentionné que cela leur demandait du temps et que certains items n'étaient pas toujours compréhensibles car trop similaires. Par conséquent, ces nombreux questionnaires ont provoqué une forme de fatigue et de lassitude chez les participants. Par ailleurs, ces ressentis peuvent entraîner des réponses négligentes et risquent de biaiser les résultats obtenus via les questionnaires (Ghafourifard, 2024). En effet, il est arrivé que l'un des participants réponde la même réponse pour chaque item. De plus, pendant l'intervention, des questionnaires (B2 et B4) devaient être remplis après les séances. Par conséquent, nous pouvions ressentir un sentiment de frustration chez les parents et les enfants car ils aspiraient à rentrer chez eux. Il est également pertinent de mentionner que les questionnaires pré- et post-tests ont été remplis à domicile, ce qui peut potentiellement compromettre la standardisation de la passation et, par conséquent, réduire la comparabilité entre les participants.

D'autres limites ont pu être détectées, notamment des biais de désirabilité sociale. En effet, l'acceptation des familles à participer à l'étude pourrait être influencée par le fait que ce soit leur pédiatre qui leur ait demandé. Ensuite, les réponses au questionnaire de satisfaction risquent également d'être biaisées, les participants pouvant répondre de manière à faire plaisir à l'expérimentateur. Afin de limiter ce biais, il serait pertinent de réduire le contact direct entre l'expérimentateur et le participant (Nichols & Maner, 2008). Par ailleurs, un biais de sélection peut aussi être présent. Comme mentionné ci-dessus, les sujets ont été recrutés par leur pédiatre. De ce fait, les familles proviennent toutes de la même région, ce qui peut ne pas être représentatif de toutes les familles avec un enfant atteint d'AA. Il existe ainsi un manque de diversité dans l'échantillon.

Enfin, certains participants présentaient déjà des scores satisfaisants dès la phase pré-test, ce qui peut limiter la marge de progression observable. De plus, les participants ne seront pas suivis de manière prolongée après la fin de l'intervention. Étant donné que les effets bénéfiques peuvent ne pas apparaître immédiatement, il ne sera pas possible de déterminer si l'intervention a pu être efficace à long terme (Wetherell et al., 2005).

4. Perspectives futures

Bien que certains ajustements futurs restent à envisager, les résultats de cette étude sont prometteurs. En effet, ces résultats préliminaires fournissent des premières indications concernant la faisabilité et l'acceptabilité de l'intervention. Toutefois, il serait pertinent d'envisager un essai contrôlé randomisé évaluant son efficacité. De plus, il serait intéressant qu'un plus grand nombre de sujets participent à ce type d'intervention (Tanner et al., 2024).

À propos de la structure d'un futur programme, plus précisément au niveau des séances, il pourrait être pertinent d'instaurer davantage de jeux ludiques qui seraient en lien avec les thématiques vues au cours des séances et qui seraient adaptés pour les parents. Ils pourraient rendre les séances plus agréables, aideraient les participants à être plus détendus et plus motivés et faciliteraient la compréhension et la mise en pratique des différentes notions apprises (Ngooi et al., 2022). Ensuite, bien que les parents aient estimé le nombre de séances suffisant, il pourrait s'avérer judicieuse d'en ajouter une. Elle pourrait être définie en concertation avec les parents et consacrée à une thématique en lien avec l'AA de leur enfant en fonction de l'importance que les parents y accordent. Elle pourrait porter sur la surprotection et l'hypervigilance envers leur enfant atteint d'AA, l'impact dans la fratrie, la confiance ou encore le transfert de responsabilité de la gestion des AA des enfants envers les parents (Herbert et al., 2024 ; LeBovidge et al., 2008). Toutefois, la durée des séances pourrait être ajustée en cas d'ajout. Une autre piste d'amélioration consisterait à intégrer des séances parents-enfants. Notons par ailleurs qu'un parent a suggéré cette idée. En effet, leur présence susciterait l'enthousiasme des enfants comme nous avons pu le remarquer lorsque les parents ont rejoint leurs enfants lors de la séance finale. De plus, cela permettrait de renforcer la motivation de chacun et faciliterait l'adoption des techniques, d'autant plus que le parent est considéré comme un modèle pour l'enfant (van der Storm et al., 2022). À la fin de chaque séance, un échange plus approfondi pourrait être mis en place entre les parents, les enfants et les intervenants car selon un parent, les enfants ne leur racontent pas tout.

Enfin, il pourrait être pertinent, lors des séances de groupes d'inviter divers intervenants tels que des allergologues, des diététiciens, des nutritionnistes.... Leur intervention permettrait aux parents et aux enfants de mieux comprendre certains aspects spécifiques de cette MC et favoriserait une vision globale de l'AA et de ses dimensions.

CONCLUSION

Cette étude a été réalisée en raison de la prévalence de l'AA qui ne cesse d'augmenter chaque année, plus particulièrement chez les enfants (Ballegaard et al., 2023). De plus, depuis 20 ans, des recherches sur la QdV des enfants et des adolescents souffrant d'AA sont de plus en plus nombreuses (Aaneland et al., 2024). Au vu de la littérature, on constate de l'anxiété et une diminution de la QdV de la famille au sein de laquelle vit un enfant allergique (Knibb et al., 2024). Toutefois, peu de programmes existent sur la gestion de l'anxiété des enfants atteints d'AA impliquant les parents (Salari et al., 2018 ; Sugunasingha et al., 2020).

Dans le cadre de ce mémoire, un module de psychoéducation a été élaboré visant à outiller les parents dans la gestion de l'anxiété de leur enfant âgé entre 7 et 12 ans atteint d'AA. Afin de mettre en place ce type de programme, des séances parallèles ont été organisées dans des groupes séparés pour les parents et les enfants. L'objectif de ce programme était d'évaluer sa faisabilité et son acceptabilité et de façon secondaire, son efficacité préliminaire.

Notre étude comportait trois hypothèses. La première, étant confirmée, portait sur la faisabilité du programme. En raison d'une absence d'abandon des participants et une participation totale aux séances, notre programme pourrait être considéré comme faisable. Ensuite, la deuxième hypothèse concernait l'acceptabilité de l'intervention. Elle a été jugée comme acceptable car les participants ont évalué l'intégrabilité du programme comme étant bien. Enfin, la dernière hypothèse et sous hypothèse visaient à explorer l'efficacité préliminaire. Cette dernière hypothèse n'a pas pu être confirmée étant donné qu'aucune différence statistiquement significative n'a été observée concernant la QdV et le sentiment d'auto-efficacité à gérer l'allergie alimentaire de l'enfant ainsi que la QdV et l'anxiété des enfants selon la perception des parents.

Toutefois, certaines limites, pouvant potentiellement influencer les résultats, doivent être prises en considération. Bien que ces limites existent, elles ouvrent des perspectives pour de futures recherches.

En conclusion, les résultats se révèlent prometteurs. L'élaboration d'un module de psychoéducation parent-enfant sur la gestion de l'anxiété chez des enfants âgés entre 7 et 12 ans atteints d'allergies alimentaires s'avère être faisable et acceptable.

BIBLIOGRAPHIE

Allen, T. M., Anderson, L. M., Brotkin, S. M., Rothman, J. A., & Bonner, M. J. (2020). Computerized cognitive training in pediatric sickle cell disease: A randomized controlled pilot study. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 8(4), 390-401.

Aaneland, H., Larsen, M. H., Helseth, S., & Wahl, A. K. (2024). Quality Appraisal of Quality of Life Research in Children and Adolescents with Food Allergy: A Systematic Review. *International archives of allergy and immunology*, 185(11), 1083–1098. <https://doi.org/10.1159/000539113>

Alvarez, G., Núñez-Cortés, R., Solà, I., Sitjà-Rabert, M., Fort-Vanmeerhaeghe, A., Fernández, C., ... & Urrútia, G. (2021). Sample size, study length, and inadequate controls were the most common self-acknowledged limitations in manual therapy trials: A methodological review. *Journal of Clinical Epidemiology*, 130, 96-106.

Anvari, S., Miller, J., Yeh, C. Y., & Davis, C. M. (2019). IgE-Mediated Food Allergy. *Clinical reviews in allergy & immunology*, 57(2), 244–260.

<https://doi.org/10.1007/s12016-018-8710-3>

Ballegaard, A. S. R., & Bøgh, K. L. (2023). Intestinal protein uptake and IgE-mediated food allergy. *Food Research International*, 163, 112150.

Bardel, M. H., & Colombel, F. (2009). Rôles spécifiques de l'anxiété trait et état dans l'apparition et le maintien des biais attentionnels associés à l'anxiété: état des lieux et pistes d'investigation. *L'Encéphale*, 35(5), 409-416.

Bastin, F. (2024). *Les enfants âgés de 8 à 12 ans présentant une allergie alimentaire : évaluation de la qualité de vie et élaboration d'un module spécifique dans l'ISQV-E*. (Unpublished master's thesis). Université de Liège, Liège, Belgique. Retrieved from <https://matheo.uliege.be/handle/2268.2/21992>

Beaudreau, S. A., Gould, C. E., Mashal, N. M., Huh, J. T., & Fairchild, J. K. (2019). Application of problem solving therapy for late-life anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(2), 381-394.

Berthiaume, C., Verreault, M., & Racicot, G. (2008). Programme Super Actif. *Intervention auprès de jeunes présentant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité et un trouble anxieux. Manuel du thérapeute des enfants. Hôpital Rivière-des-Prairies, Montréal.*

Bidat, E. (2006). Allergie alimentaire de l'enfant. *Archives de pédiatrie*, 13(10), 1349-1353.

Bilaver, L. A., Chadha, A. S., Doshi, P., O'Dwyer, L., & Gupta, R. S. (2019). Economic burden of food allergy: A systematic review. *Annals of allergy, asthma & immunology : official publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology*, 122(4), 373–380.e1. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2019.01.014>

Bingemann, T. A., LeBovidge, J., Bartnikas, L., Protudjer, J. L. P., & Herbert, L. J. (2024). Psychosocial Impact of Food Allergy on Children and Adults and Practical Interventions. *Current allergy and asthma reports*, 24(3), 107–119. <https://doi.org/10.1007/s11882-023-01121-x>

Bohle, B., & Werfel, T. (2022). Treatment Approaches to Food Allergy. *Handbook of experimental pharmacology*, 268, 173–193. https://doi.org/10.1007/164_2021_496

Bonsack, C., Rexhaj, S., & Favrod, J. (2015, February). Psychoéducation: définition, historique, intérêt et limites. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 173, No. 1, pp. 79-84). Elsevier Masson.

Boyle, R. J., Umasunthar, T., Smith, J. G., Hanna, H., Procktor, A., Phillips, K., Pinto, C., Gore, C., Cox, H. E., Warner, J. O., Vickers, B., & Hodes, M. (2017). A brief psychological intervention for mothers of children with food allergy can change risk perception and reduce anxiety: Outcomes of a randomized controlled trial. *Clinical and experimental allergy : journal of the British Society for Allergy and Clinical Immunology*, 47(10), 1309–1317. <https://doi.org/10.1111/cea.12981>

Briesch, A. M., Hagermoser Sanetti, L. M., & Briesch, J. M. (2010). Reducing the prevalence of anxiety in children and adolescents: An evaluation of the evidence base for the FRIENDS for life program. *School Mental Health*, 2, 155-165.

Bonne, Y. (2025). *Évaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité d'un module de psychoéducation sur la gestion du stress et de l'anxiété chez des enfants atteints d'allergies*

alimentaires âgés entre 7 et 12 ans. (Unpublished master's thesis). Université de Liège, Liège, Belgique. Retrieved from <https://matheo.uliege.be/handle/2268.2/22317>

Bruchon-Schweitzer, M., & Paulhan, I. (1983). Manuel de l'inventaire de l'anxiété trait-état. Paris: Editions du Centre de psychologie appliquée.

Calvani, M., Anania, C., Caffarelli, C., Martelli, A., Miraglia Del Giudice, M., Cravidi, C., Duse, M., Manti, S., Tosca, M. A., Cardinale, F., Chiappini, E., Olivero, F., & Marseglia, G. L. (2020). Food allergy: an updated review on pathogenesis, diagnosis, prevention and management. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, 91(11-S), e2020012. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i11-S.10316>

Canani, R. B., Ruotolo, S., Discepolo, V., & Troncone, R. (2008). The diagnosis of food allergy in children. *Current opinion in pediatrics*, 20(5), 584-589.

. Cao, Y., Chen, R. C., & Katz, A. J. (2024). Why is a small sample size not enough?. *The oncologist*, 29(9), 761–763. <https://doi.org/10.1093/oncolo/oyae162>

Célestin-Lhopiteau, I., & Bioy, A. (2020). Chapitre 45. L'hypnose et l'autohypnose pour les soignants eux-mêmes. *Aide-Mémoire*, 2, 351-357.

Charles, M., Thivel, D., Verney, J., Isacco, L., Husu, P., Vähä-Ypyä, H., ... & Duclos, M. (2021). Reliability and validity of the ONAPS physical activity questionnaire in assessing physical activity and sedentary behavior in French adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5643.

Chooniedass, R., Soller, L., Hsu, E., To, S., Cameron, S. B., & Chan, E. S. (2020). Parents of children with food allergy: A qualitative study describing needs and identifying solutions. *Annals of allergy, asthma & immunology : official publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology*, 125(6), 674–679. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2020.05.014>

Cohen, S. R., Sawatzky, R., Russell, L. B., Shahidi, J., Heyland, D. K., & Gadermann, A. M. (2017). Measuring the quality of life of people at the end of life: The McGill Quality of Life Questionnaire-Revised. *Palliative medicine*, 31(2), 120-129.

Cole, D., Weiss, D., Kohser, K. L., Jones, C., Kassam-Adams, N., Brown-Whitehorn, T., ... & Marsac, M. L. (2017). The Cellie coping kit for children with food allergy: a pilot study. *Pediatric Allergy, Immunology, and Pulmonology*, 30(1), 39-44.

Cooke, F., Ramos, A., & Herbert, L. (2022). Food Allergy-Related Bullying Among Children and Adolescents. *Journal of pediatric psychology*, 47(3), 318–326. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsab099>

Conseil Supérieur de la Santé (2022). *Recommandations concernant l'examen diagnostique des hypersensibilités alimentaire*.

<https://www.hgr-css.be/file/download/39d2227a-45eb-49eb-84d8-c1e36366fac4/eZaeeCowJjoTzpQuEBjguTeubWA9FG9BqFCBsdvjXI3d.pdf>

Conseil Supérieur de la Santé (2009). *Allergie et pseudoallergies alimentaires*

[https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/1779453_3/Allergies%20et%20pseudoallergies%20alimentaires%20\(août%202009\)%20\(CSS%208513\).pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/1779453_3/Allergies%20et%20pseudoallergies%20alimentaires%20(août%202009)%20(CSS%208513).pdf)

Crookall, D. (2023). Debriefing: A practical guide. In *Simulation for participatory education: Virtual exchange and worldwide collaboration* (pp. 115-214). Cham: Springer International Publishing.

Cummings, A. J., Knibb, R. C., King, R. M., & Lucas, J. S. (2010). The psychosocial impact of food allergy and food hypersensitivity in children, adolescents and their families: a review. *Allergy*, 65(8), 933–945. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2010.02342.x>

Cuomo, B., Anania, C., D'Auria, E., Decimo, F., Indirli, G. C., Manca, E., ... & Calvani, M. (2023). The role of the atopy patch test in the diagnostic work-up of non-IgE gastrointestinal food allergy in children: a systematic review. *European Journal of Pediatrics*, 182(8), 3419–3431.

Dahlsgaard, K. K., & Lewis, M. O. (2025). Want to help your patients with food allergy anxiety? Do proximity challenges!. *Annals of allergy, asthma & immunology : official publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology*, 134(5), 525–532. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2025.02.020>

Dahlsgaard, K. K., Lewis, M. O., & Spergel, J. M. (2023). Cognitive-behavioral intervention for anxiety associated with food allergy in a clinical sample of children: feasibility, acceptability, and proof-of-concept in children. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 130(1), 100-105.

Dahlsgaard, K. K., Wilkey, L. K., Stites, S. D., Lewis, M. O., & Spergel, J. M. (2022). Development of the Child- and Parent-Rated Scales of Food Allergy Anxiety (SOFAA). *The journal of allergy and clinical immunology. In practice*, 10(1), 161–169.e6. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2021.06.039>

Denis, H., & Baghdadli, A. (2017). Les troubles anxieux de l'enfant et l'adolescent. *Archives de pédiatrie*, 24(1), 87-90.

Dierick, B. J. H., van der Molen, T., Flokstra-de Blok, B. M. J., Muraro, A., Postma, M. J., Kocks, J. W. H., & van Boven, J. F. M. (2020). Burden and socioeconomics of asthma, allergic rhinitis, atopic dermatitis and food allergy. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 20(5), 437–453. <https://doi.org/10.1080/14737167.2020.1819793>

Dubuc-Fortin, E., Marquis, M., & Scuralli, S. (2020). Prévalence, facteurs de risque et conséquences des allergies alimentaires chez les enfants d'âge scolaire. *Nutrition Science en évolution*, 18(2), 9-15.

DunnGalvin, A., De BlokFlokstra, B. M. J., Burks, A. W., Dubois, A. E. J., & Hourihane, J. O. B. (2008). Food allergy QoL questionnaire for children aged 0–12 years: content, construct, and cross-cultural validity. *Clinical & Experimental Allergy*, 38(6), 977-986.

Dupuis, G., Perrault, J., Lambany, M-C., Kennedy, E., & David, P. (1989). A new tool to assess quality of life: The Quality of Life Systemic Inventory. *Quality of Life and Cardiovascular Care*, 5, 36-45.

Dupuis, R., Kinsey, E. W., Spergel, J. M., Brown-Whitehorn, T., Graves, A., Samuelson, K., Epstein, C., Mollen, C., & Cannuscio, C. C. (2020). Food Allergy Management at School. *The Journal of school health*, 90(5), 395–406. <https://doi.org/10.1111/josh.12885>

Dutau, G., & Rancé, F. (2007). Facteurs de risque de l'allergie alimentaire sévère. *Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique*, 47(3), 102-109.

Ebisawa, M., Ito, K., & Fujisawa, T. (2020). Japanese guidelines for food allergy 2020. *Allergology International*, 69(3), 370-386.

Elghoudi, A., & Narchi, H. (2022). Food allergy in children-the current status and the way forward. *World journal of clinical pediatrics*, 11(3), 253–269. <https://doi.org/10.5409/wjcp.v11.i3.253>

Evrard, B. (2020). Physiopathologie de l'allergie IgE-dépendante. *Revue Francophone des Laboratoires*, 2020(521), 20-31.

Fallowfield, L. (2009). What is quality of life. *Health economics*, 1(8).

Feng, C., & Kim, J. H. (2019). Beyond Avoidance: the Psychosocial Impact of Food Allergies. *Clinical reviews in allergy & immunology*, 57(1), 74–82. <https://doi.org/10.1007/s12016-018-8708-x>

Fisak, B., Griffin, K., Nelson, C., Gallegos-Guajardo, J., & Davila, S. (2023). The effectiveness of the FRIENDS programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *Mental Health & Prevention*, 30, 200271.

Fong, A. T., Katelaris, C. H., & Wainstein, B. (2017). Bullying and quality of life in children and adolescents with food allergy. *Journal of paediatrics and child health*, 53(7), 630–635. <https://doi.org/10.1111/jpc.13570>

Frachette, C., Fina, A., Fontas, E., Donzeau, D., Hoflack, M., Gastaud, F., Baechler, E., Dor, E., Descos, B., Triolo, V., Berthet, S., Bailly-Piccini, C., Béguin, M., Flokstra-de Blok, B., Bourrier, T., & Giovannini-Chami, L. (2022). Health-related quality of life of food-allergic children compared with healthy controls and other diseases. *Pediatric allergy and immunology : official publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology*, 33(1), e13663. <https://doi.org/10.1111/pai.13663>

Frykas, T. L. M., Golding, M., Abrams, E. M., Simons, E., & Protudjer, J. L. P. (2021). Mothers of children with food allergies report poorer perceived life status which may be explained by limited career choices. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*, 17(1), 12.

Fukushima-Flores, M., & Miller, L. (2011). FRIENDS parent project: effectiveness of parent training in reducing parent anxiety in a universal prevention program for anxiety symptoms in school children. *Behaviour Change*, 28(2), 57-74.

GAUTHIER, J. & BOUCHARD, S. (1993). *Canadian Journal of Behavioural Science*, 25 (4), 559-578. doi: 10.1037/h0078881.

Ghafourifard M. (2024). Survey Fatigue in Questionnaire Based Research: The Issues and Solutions. *Journal of caring sciences*, 13(4), 214–215. <https://doi.org/10.34172/jcs.33287>

Golding, M. A., Batac, A. L. R., Gunnarsson, N. V., Ahlstedt, S., Middelveld, R., & Protudjer, J. L. P. (2022). The burden of food allergy on children and teens: A systematic review. *Pediatric allergy and immunology : official publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology*, 33(3), e13743. <https://doi.org/10.1111/pai.13743>

Goulet, J., Ngô, T. L., & Chaloult, L. (2024). *Guide de pratique portant sur l'exposition*. Jean Goulet-tccmontreal.

Hamdani, S. U., Zafar, S. W., Suleman, N., Waqas, A., & Rahman, A. (2022). Effectiveness of relaxation techniques 'as an active ingredient of psychological interventions' to reduce distress, anxiety and depression in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Systems*, 16(1), 31.

. Herbert, L. J., Cooke, F., Shih, S., & Ramos, A. (2024). Acceptability, feasibility, and initial results from a behavioral intervention for youth with food allergy. *Annals of allergy, asthma & immunology : official publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology*, 132(2), 242–243. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2023.10.025>

Ho, S., Cooke, F., Ramos, A., McQuaid, E. L., Sharma, H., & Herbert, L. J. (2024). Anxiety among youth with food allergy. *Journal of pediatric psychology*, 49(7), 473–481. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsae026>

Iweala, O. I., Choudhary, S. K., & Commins, S. P. (2018). Food allergy. *Current gastroenterology reports*, 20, 1-6.

Jonquières, A., Vaillant, A., Divaret-Chauveau, A., & Cordebar, V. (2025). Le patient expert dans l'ETP en allergie alimentaire à haut risque anaphylactique. *Revue Française d'Allergologie*, 65, 104231.

Karila, C., & Le Pabic, F. (2013). L'éducation thérapeutique peut-elle améliorer la qualité de vie de l'enfant allergique alimentaire?. *Revue Française d'Allergologie*, 53(8), 635-638.

Knibb R. C. (2015). Effectiveness of Cognitive Behaviour Therapy for Mothers of Children with Food Allergy: A Case Series. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 3(4), 1194–1211.

<https://doi.org/10.3390/healthcare3041194>

Knibb, R. C., Barnes, C., & Stalker, C. (2015). Parental confidence in managing food allergy: Development and validation of the food allergy self-efficacy scale for parents (FASE-P). *Clinical & Experimental Allergy*, 45(11), 1681-1689.

Knibb, R. C., & Hourihane, J. O. (2013). The psychosocial impact of an activity holiday for young children with severe food allergy: a longitudinal study. *Pediatric allergy and immunology : official publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology*, 24(4), 368–375. <https://doi.org/10.1111/pai.12074>

Knibb, R. C., Jones, C. J., Herbert, L. J., & Screti, C. (2024). Psychological support needs for children with food allergy and their families: A systematic review. *Pediatric Allergy and Immunology*, 35(3), e14108.

Kotchetkoff, E. C. D. A., Oliveira, L. C. L. D., & Sarni, R. O. S. (2024). Elimination diet in food allergy: friend or foe?. *Jornal de Pediatria*, 100(suppl 1), S65-S73.

Krings, A., & Blairy, S. (2020). Comment évaluer l'efficacité d'une intervention thérapeutique? Présentation et illustration d'un protocole en lignes de base multiples. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*.

Labrosse, R., Graham, F., & Caubet, J. C. (2020). Non-IgE-Mediated Gastrointestinal Food Allergies in Children: An Update. *Nutrients*, 12(7), 2086. <https://doi.org/10.3390/nu12072086>

Leal, P. C., Goes, T. C., da Silva, L. C. F., & Teixeira-Silva, F. (2017). Trait vs. state anxiety in different threatening situations. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 39(3), 147-157.

LeBovidge, J. S., Timmons, K., Rich, C., Rosenstock, A., Fowler, K., Strauch, H., Kalish, L. A., & Schneider, L. C. (2008). Evaluation of a group intervention for children with food allergy and their parents. *Annals of allergy, asthma & immunology : official publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology*, 101(2), 160–165. [https://doi.org/10.1016/S1081-1206\(10\)60204-9](https://doi.org/10.1016/S1081-1206(10)60204-9)

Lee, E. C., Trogen, B., Brady, K., Ford, L. S., & Wang, J. (2024). The natural history and risk factors for the development of food allergies in children and adults. *Current Allergy and Asthma Reports*, 24(3), 121-131

Légeron 1, P. (2008). Le stress professionnel. *L'information psychiatrique*, (9), 809-820.

LE STRESS, O. L. A. (2023). LA GESTION DE L'ANXIÉTÉ ET DU STRESS.

Li, J., Cai, Z., Li, X., Du, R., Shi, Z., Hua, Q., ... & Zhan, X. (2021). Mindfulness-based therapy versus cognitive behavioral therapy for people with anxiety symptoms: a systematic review and meta-analysis of random controlled trials. *Annals of palliative medicine*, 10(7), 7596612-7597612.

Lopes, J. P., & Sicherer, S. (2020). Food allergy: epidemiology, pathogenesis, diagnosis, prevention, and treatment. *Current opinion in immunology*, 66, 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.coi.2020.03.014>

Lourel, M. (2006). Stress et santé: le rôle de la personnalité. Présentation de quelques outils d'évaluation de la personnalité. *Recherches en soins infirmiers*, (2), 5-13.

Michaud, E., & Bierme, P. (2022). Vers une prise en charge globale et personnalisée de l'allergie alimentaire. *Revue Française d'Allergologie*, 62(6), 6S42-6S47.

Mion, F., Létard, J. C., & Costil, V. (2014). Allergie et intolérance alimentaires. *Hegel*, 3(Supp), S34-S36.

Moen, Ø. L., Opheim, E., & Trollvik, A. (2019). Parents experiences raising a child with food allergy; a qualitative review. *Journal of Pediatric Nursing*, 46, e52-e63.

Moller, N., Tellegen, C. L., Ma, T., & Sanders, M. R. (2024). Facilitators and barriers of implementation of evidence-based parenting support in educational settings. *School Mental Health*, 16(1), 189-206.

Ngooi, B. X., Wong, S. R., Chen, J. D., & Yin Koh, V. S. (2022). Exploring the use of activity-based group therapy in increasing self-efficacy and subjective well-being in acute mental health. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 35(1), 52-61.

Nichols, A. L., & Maner, J. K. (2008). The good-subject effect: investigating participant demand characteristics. *The Journal of general psychology*, 135(2), 151–165. <https://doi.org/10.3200/GENP.135.2.151-166>

Nocerino, R., Mercuri, C., Bosco, V., Aquilone, G., Guillari, A., Simeone, S., & Rea, T. (2024). Food Allergy-Related Bullying in Pediatric Patients: A Systematic Review. *Children (Basel, Switzerland)*, 11(12), 1485. <https://doi.org/10.3390/children11121485>

ONAPS. (s.d.). *Qui sommes-nous ?* ONAPS. <https://onaps.fr/qui-sommes-nous/>

Pandya S. P. (2020). Adolescents Living with Food Allergies in Select Global Cities: Does a WhatsApp-Based Mindful Eating Intervention Promote Wellbeing and Enhance their Self-Concept?. *Journal of pediatric nursing*, 55, 83–94. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.06.014>

Palazzolo, J. (2019). De l'anxiété normale à l'anxiété pathologique. *Le Journal des psychologues*, 369(7), 72-77.

Polloni, L., Lazzarotto, F., Bonaguro, R., Toniolo, A., Celegato, N., & Muraro, A. (2015). Psychological care of food-allergic children and their families: an exploratory analysis. *Pediatric allergy and immunology : official publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology*, 26(1), 87–90. <https://doi.org/10.1111/pai.12325>

Polloni, L., & Muraro, A. (2020). Anxiety and food allergy: A review of the last two decades. *Clinical and experimental allergy : journal of the British Society for Allergy and Clinical Immunology*, 50(4), 420–441. <https://doi.org/10.1111/cea.13548>

Pouessel, G. (2023). Diagnostics différentiels de l'anaphylaxie. *Revue Française d'Allergologie*, 63(8), 103670.

Pouessel, G., & Beaudouin, E. (2020). Quelle trousse d'urgence dans l'allergie alimentaire chez l'enfant?. *Revue Française d'Allergologie*, 60(6-7), 571-575.

Pouessel, G., Grandjean-Ceccon, V., Sergeant, P., Deschildre, A., & Lapeyre-Santos, C. (2017). Le règlement INCO peut permettre de réduire le risque de réactions allergiques alimentaires à l'école. *Revue Française d'Allergologie*, 57(2), 91-96.

Pouessel, G., Tanno, L. K., & Beaudouin, E. (2021). Anaphylaxie de l'enfant. *Revue Française d'Allergologie*, 61(8), 8S17-8S23.

Protudjer J. L. P. (2022). Scales of Food Allergy Anxiety (SOFAA): A Novel Tool to Assess Anxiety Among Children with Food Allergy and Their Caregivers. *The journal of allergy and clinical immunology. In practice*, 10(1), 170–171. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2021.10.036>

Protudjer, J. L., Davis, C. M., Gupta, R. S., & Perry, T. T. (2025). Social determinants and quality of life in food allergy management and treatment. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*.

Ramos, A., Cooke, F., Miller, E., & Herbert, L. (2021). The Food Allergy Parent Mentoring Program: A Pilot Intervention. *Journal of pediatric psychology*, 46(7), 856–865. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsab019>

Rancé, F., & Bidat, E. (2006). Les régimes d'éviction: pour qui, comment?. *Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique*, 46(3), 221-226.

RAST, A., PRIST, R., FAST, V., & ELISA, I. Allergy Testing-Blood.

Ravarotto, L., Mascarello, G., Pinto, A., Schiavo, M. R., Bagni, M., & Decastelli, L. (2014). Food allergies in school: design and evaluation of a teacher-oriented training action. *Italian journal of pediatrics*, 40, 100. <https://doi.org/10.1186/s13052-014-0100-8>

Roethlisberger, S. A. M. U. E. L., & Spertini, F. (2016). Allergies alimentaires de l'enfant: un défi diagnostique. *Rev Med Suisse*, 12, 677-82.

Rogeau, S., & Lejeune, S. (2022). La place des examens biologiques dans l'allergie alimentaire, de la prévention au traitement. *Revue Française d'Allergologie*, 62(6), 6S20-6S28.

Rostad, W. L., Moreland, A. D., Valle, L. A., & Chaffin, M. J. (2018). Barriers to participation in parenting programs: The relationship between parenting stress, perceived barriers, and program completion. *Journal of child and family studies*, 27(4), 1264-1274.

Rusinek, S. (2024). *Soigner les schémas de pensée: une approche de la restructuration cognitive*. Dunod.

Rybarski, R., Zarzycka, B., & Bernat, A. (2018). Measuring the quality of life of people with life-threatening illnesses: the internal structure of the Polish adaptation of the McGill Quality of Life Questionnaire-Revised. *Contemporary Oncology/Współczesna Onkologia*, 22(4), 252-259.

Tanner, J., Wilson, P., Wight, D., & Thompson, L. (2024). The importance of group factors in the delivery of group-based parenting programmes: a process evaluation of Mellow Babies. *Frontiers in child and adolescent psychiatry*, 3, 1395365. <https://doi.org/10.3389/frch.2024.1395365>

Tanno, L. K., & Demoly, P. (2020). Anaphylaxis in children. *Pediatric Allergy and Immunology*, 31, 8-10.

Toussaint, L., Nguyen, Q. A., Roettger, C., Dixon, K., Offenbächer, M., Kohls, N., ... & Sirois, F. (2021). Effectiveness of progressive muscle relaxation, deep breathing, and guided imagery in promoting psychological and physiological states of relaxation. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2021(1), 5924040.

Turgeon, L., & Brousseau, L. (2018). *Programme Super l'Écureuil pour l'intervention auprès des enfants et des adolescents présentant des problèmes d'anxiété*. Editions JFD.

Turgeon, L., & Gosselin, M. J. (2015). Les programmes préventifs en milieu scolaire auprès des enfants et des adolescents présentant de l'anxiété. *Éducation et francophonie*, 43(2), 30-49.

Turnbull, J. L., Adams, H. N., & Gorard, D. A. (2015). Review article: the diagnosis and management of food allergy and food intolerances. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 41(1), 3-25. <https://doi.org/10.1111/apt.12984>

Valentine, A. Z., & Knibb, R. C. (2011). Exploring quality of life in families of children living with and without a severe food allergy. *Appetite*, 57(2), 467-474.

Sabouraud-Leclerc, D. (2013). L'immunothérapie au cours de l'allergie alimentaire: l'état des lieux en 2013. *Revue Française d'Allergologie*, 53(1), 20-31.

Salari, E., Shahrivar, Z., Mahmoudi-Gharaei, J., Shirazi, E., & Sepasi, M. (2018). Parent-only Group Cognitive Behavioral Intervention for Children with Anxiety Disorders: A Control Group Study. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Academie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 27(2), 130–136.

Sanders, M. R. (2012). Development, evaluation, and multinational dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program. *Annual review of clinical psychology*, 8(1), 345-37

Sato, S., Nagakura, K. I., Yanagida, N., & Ebisawa, M. (2024). Current perspective on allergen immunotherapy for food allergies. *Allergology International*, 73(4), 501-514.

Scaini, S., Rossi, F., Rapee, R. M., Bonomi, F., Ruggiero, G. M., & Incerti, A. (2022). The Cool Kids as a School-Based Universal Prevention and Early Intervention Program for Anxiety: Results of a Pilot Study. *International journal of environmental research and public health*, 19(2), 941. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020941>

Schepel, I. R., Humiston, T., D'Ambrosi, G., Dupuis, R., Monuteaux, M. C., Herbert, L. J., ... & Bartnikas, L. M. (2025). Food allergy-related bullying: Risk factors and psychosocial functioning. *Pediatric allergy and immunology: official publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology*, 36(4), e70081.

Sherwood, A., Paynter, J., & Emerson, L. M. (2023). A brief online mindful parenting program: Feasibility and initial effects pilot in a community sample. *Journal of Child and Family Studies*, 32(5), 1532-1545.

Sicherer, S. H., & Sampson, H. A. (2018). Food allergy: A review and update on epidemiology, pathogenesis, diagnosis, prevention, and management. *The Journal of allergy and clinical immunology*, 141(1), 41–58. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2017.11.003>

Siles, R. I., & Hsieh, F. H. (2011). Allergy blood testing: A practical guide for clinicians. *Cleve Clin J Med*, 78(9), 585-592.

Soller, L., To, S., Hsu, E., & Chan, E. S. (2020). Current tools measuring anxiety in parents of food-allergic children are inadequate. *Pediatric Allergy and Immunology*, 31(6), 678-685.

Souche, A., Piguet, V., Besson, M., Bourezg, A., Desmeules, J., & Cedraschi, C. (2021). Activité, décentration et restructuration cognitive dans la thérapie cognitivocomportementale -

Éléments pour la pratique clinique [Activity, decentration and cognitive restructuring in cognitive-behavioural therapy - practice-based aspects]. *Revue medicale suisse*, 17(744), 1204–1207.

Spielberger, C. D., Gonzalez-Reigosa, F., Martinez-Urrutia, A., Natalicio, L. F., & Natalicio, D. S. (1971). The state-trait anxiety inventory. *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican journal of psychology*, 5(3 & 4).

Sugunasingha, N., Jones, F. W., & Jones, C. J. (2020). Interventions for caregivers of children with food allergy: a systematic review. *Pediatric Allergy and Immunology*, 31(7), 805-812.

Sugunasingha, N., Jones, F. W., du Toit, G., & Jones, C. J. (2022). Evaluating an online self-help intervention for parents of children with food allergies. *Pediatric allergy and immunology : official publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology*, 33(2), e13731. <https://doi.org/10.1111/pai.13731>

Valentine, A. Z., & Knibb, R. C. (2011). Exploring quality of life in families of children living with and without a severe food allergy. *Appetite*, 57(2), 467-474.

Valero Moreno, S., Torres-Llanos, R., & Pérez Marín, M. A. (2024). Impact of Childhood Food Allergy on Quality of Life: A Systematic Review.

van der Storm, L., van Lissa, C. J., Lucassen, N., Helmerhorst, K. O., & Keizer, R. (2022). Maternal and paternal parenting and child prosocial behavior: A meta-analysis using a structural equation modeling design. *Marriage & Family Review*, 58(1), 1-37.

Vreeken-Ross, S. C., Cartwright-Hatton, S., Harris, S. A., Hanna, P., & Jones, C. J. (2022). Feasibility of an online CBT group intervention for parents of children with food allergy. *Clinical and experimental allergy : journal of the British Society for Allergy and Clinical Immunology*, 52(1), 171–175. <https://doi.org/10.1111/cea.13970>.

Walkner, M., Warren, C., & Gupta, R. S. (2015). Quality of Life in Food Allergy Patients and Their Families. *Pediatric clinics of North America*, 62(6), 1453–1461. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2015.07.003>

Walter, A., Seegräber, M., & Wollenberg, A. (2019). Food-related contact dermatitis, contact urticaria, and atopy patch test with food. *Clinical reviews in allergy & immunology*, 56, 19-31.

Wang, L., Zhang, Z., McArdle, J. J., & Salthouse, T. A. (2008). Investigating ceiling effects in longitudinal data analysis. *Multivariate behavioral research*, 43(3), 476-496.

Warren, C. M., Jiang, J., & Gupta, R. S. (2020). Epidemiology and Burden of Food Allergy. *Current allergy and asthma reports*, 20(2), 6. <https://doi.org/10.1007/s11882-020-0898-7>

Warren, C. M., Otto, A. K., Walkner, M. M., & Gupta, R. S. (2016). Quality of life among food allergic patients and their caregivers. *Current allergy and asthma reports*, 16, 1-8.

Waserman, S., & Watson, W. (2011). Food allergy. *Allergy, asthma, and clinical immunology : official journal of the Canadian Society of Allergy and Clinical Immunology*, 7 Suppl 1(Suppl 1), S7. <https://doi.org/10.1186/1710-1492-7-S1-S7>

Wassenberg, J., Cochard, M. M., DunnGalvin, A., Blok, B. D., Hofer, M., & Eigenmann, P. A. (2011). Validation of the French version of specific quality of life questionnaire for children with food allergy.

Wei, C., & Kendall, P. C. (2014). Parental involvement: Contribution to childhood anxiety and its treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17, 319-339.

Wetherell, J. L., Hopko, D. R., Diefenbach, G. J., Averill, P. M., Beck, J. G., Craske, M. G., ... & Stanley, M. A. (2005). Cognitive-behavioral therapy for late-life generalized anxiety disorder: Who gets better?. *Behavior Therapy*, 36(2), 147-156.

Willems, S. (2023). Approche intégrée de la pratique en psychologie clinique – PARTIM 1 [Notes de cours non publiées]. Université de Liège.

Williams, M. E., Foran, H. M., Hutchings, J., Frantz, I., Taut, D., Lachman, J. M., ... & Heinrichs, N. (2022). Exploring factors associated with parent engagement in a parenting program in southeastern Europe. *Journal of Child and Family Studies*, 31(11), 3097-3112.

Yu, W., Freeland, D. M. H., & Nadeau, K. C. (2016). Food allergy: immune mechanisms, diagnosis and immunotherapy. *Nature reviews. Immunology*, 16(12), 751-765. <https://doi.org/10.1038/nri.2016.111>

Żukiewicz-Sobczak, W. A., Wróblewska, P., Adamczuk, P., & Kopczyński, P. (2013). Causes, symptoms and prevention of food allergy. *Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii*, 30(2), 113-116.

Annexes

- Annexe 1 Flyers de recrutement
- Annexe 2 Formulaire de consentement éclairé pour le parent
- Annexe 3 Formulaire de consentement éclairé pour l'enfant
- Annexe 4 Questionnaire sociodémographique destiné aux parents
- Annexe 5 Échelle Visuelle Analogue évaluant le sentiment d'auto-efficacité des parents à gérer l'allergie alimentaire des enfants
- Annexe 6 Questionnaire de satisfaction
- Annexe 7 Triangle des émotions
- Annexe 8 Thermomètre des émotions
- Annexe 9 State Trait-Anxiety Inventory
- Annexe 10 Scale of Food Allergy Anxiety – Parents
- Annexe 11 McGill Quality of Life Questionnaire revised
- Annexe 12 Food Allergy Quality of Life Parent form
- Annexe 13 Questionnaire d'observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité

Annexe 1



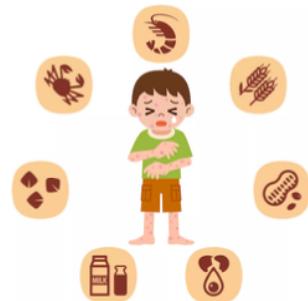
Votre enfant est atteint d'allergies alimentaires et a entre 8 et 12 ans ?

Cette affiche est pour vous !

Objectif :

Donner à vous et votre enfant **des outils** pour apprendre à **mieux gérer l'allergie alimentaire** afin de :

-**Diminuer** le stress et l'anxiété



Quoi ?

5 séances de groupe animées par des thérapeutes professionnels séparés en deux groupes :

- Un groupe parents
- Un groupe enfants

Afin de gérer davantage l'anxiété, **différentes techniques** seront proposées :

- Relaxation
- Restructuration cognitive
- Résolution de problème



Infos pratiques

Où ? CHR de Verviers la Tourelle

Combien de temps ? Une heure trente, étalée sur une période de 2 mois (le samedi)

Quand ? Dans le courant des mois de mars et avril

Condition d'accès ? Être âgé entre 8 et 12 ans et avoir un de ses parents qui participent également aux séances.



Promotrice et chercheur responsable : Stassart Céline (PhD, ULiège)
Email : ysaline.bronne@student.uliege.be Tél : 0474/90.91.92
Email : alyssa.dallalibera@student.uliege.be Tél : 0475/77.34.25

Annexe 2



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT PARENT

« Évaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité d'un module de psychoéducation sur la gestion du stress et de l'anxiété chez des enfants atteints d'allergies alimentaires âgés entre 8 et 12 ans et leurs parents »

Les responsables de l'étude : STASSART Céline, PhD, Département de Psychologie, ULiège

Adresse postale : Université de Liège, Place des Orateurs, 1 B33 (Trifacultaire), 4000 Liège (Stassart Céline)

Adresse courriel : cstassart@uliege.be Télé : 04/366.33.63

Comité éthique : Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège

INFORMATION

Vous et votre enfant êtes invités à participer à une étude clinique qui évalue la possibilité de mettre en place un module de psychoéducation pour des parents et des enfants atteints d'allergies alimentaires. Nous aimerions aussi savoir si, la participation à ces séances permettra de diminuer le stress et l'anxiété que vous ressentez face à l'allergie de votre enfant. L'intervention consistera en 5 séances de psychoéducation réalisées en groupe (5 séances d'une heure trente sur une période de 2 mois) et animées par des psychologues cliniciens expérimentés dans le domaine. Les différentes séances se dérouleront au sein du CHR de Verviers la Tourelle, en même temps mais séparément pour les enfants et les parents.

Avant que vous n'acceptiez d'y participer, nous vous invitons à prendre connaissance de ces implications en termes d'organisation, avantages et risques éventuels, afin que vous puissiez prendre une décision en toute connaissance de cause. Ceci s'appelle donner un « consentement éclairé ».

Veuillez lire attentivement ces quelques informations et poser toutes les questions que vous souhaitez à la responsable de projet.

Ce document comprend deux parties : l'information essentielle concernant l'étude, et votre accord à participer à l'étude, ce qu'on appelle un consentement écrit.

Si vous participez à cette étude clinique, vous devez savoir que :

- Cette étude clinique a été évaluée par un comité d'éthique, c'est-à-dire un groupe de personnes qualifiées qui a vérifié que cette étude était utile et que tout était mis en œuvre pour que tout se passe au mieux pour vous.
- Votre participation est volontaire, c'est-à-dire que vous participez que si vous en avez envie, personne ne peut vous obliger. On vous demandera alors de signer ce document ce qui signifiera que vous êtes d'accord de participer. Même après l'avoir signé, vous pouvez décider d'arrêter de participer. Il vous suffit de prévenir la responsable de l'étude. Votre décision de ne pas ou de ne plus participer à l'étude n'aura aucun impact.
- Les informations que vous donnerez seront confidentielles, c'est-à-dire que la responsable de projet sera la seule à connaître vos réponses.
- Cette étude est gratuite. Aucun frais ne vous sera facturé. Un défraiement pour vos frais de transport sera prévu.
- Une assurance a été souscrite au cas où vous subiriez un dommage lié à votre participation à cette recherche.
- Vous pouvez toujours contacter la responsable de l'étude ou un membre de son équipe si tu as besoin d'informations complémentaires, ou si tu as des questions.

But et procédures du projet:

Une allergie alimentaire chez l'enfant a toute une série de conséquences sur la qualité de vie de l'enfant ainsi que des parents et peut potentiellement poser des désagréments. Ceux-ci peuvent entraîner une difficulté dans la gestion du stress et de l'anxiété. Il pourrait donc être intéressant d'apprendre des techniques pour diminuer ce stress.

Pour vous aider à vous constituer une boîte à outils, nous vous proposons de participer à 5 séances (d'une heure trente environ) au CHR de Verviers. Lors de ces séances, vous serez entouré(e)s d'une dizaine de parents qui, comme vous, ont des enfants atteints d'allergies alimentaires. Nous discuterons ensemble des soucis que vous rencontrez dans votre vie quotidienne et nous vous apprendrons des techniques qui pourront vous aider à diminuer votre anxiété.

Nous vous demanderons également de répondre à des questionnaires à plusieurs moments : avant de commencer les ateliers de groupe (nous nous arrangerons avec vous pour trouver un moment qui vous convient et nous viendrons vous

rencontrer à votre domicile), à la deuxième et à la quatrième séance et enfin après la dernière séance. Ces questionnaires permettront de savoir comment vous vous sentez de manière générale et par rapport à l'allergie alimentaire de votre enfant.

La passation des questionnaires durant les séances ne durera pas plus de 10 minutes.

Avantages et risques:

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances par une meilleure compréhension de l'effet d'une intervention psychologique sur le stress et l'anxiété des enfants atteints d'allergie alimentaire ainsi que des parents. Vous pourrez profiter des bénéfices de l'intervention dans la gestion des allergies alimentaires. Cependant, même si la responsable de recherche postule que cette intervention présente des avantages, il n'y a aucune garantie que vous tirerez un bénéfice de votre participation à cette étude. A la fin de l'étude, nous pourrons si vous le désirez, vous faire parvenir vos résultats, ainsi que ceux de votre enfant sur sa qualité de vie générale, ainsi qu'un résumé des résultats de l'étude. Soyez assuré que la responsable du projet demeurera attentive à toutes manifestations d'inconfort psychologique et physique chez vous durant votre participation.

Confidentialité et participation volontaire:

Votre participation et celle de votre enfant sont volontaires et doivent rester libres de toute contrainte, ou pression extérieure. Elles nécessitent la signature d'un document exprimant vos consentements. Avant de signer, n'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugez utiles. Prenez le temps d'en parler à une personne de confiance si vous le souhaitez.

Même après signature du document et à tout moment, vous avez le droit de mettre fin à votre participation sans devoir vous justifier. Dans ce cas, les renseignements vous concernant seront détruits. Il peut être, cependant, utile pour la responsable de l'étude de savoir si la raison de votre retrait concerne les contraintes de l'intervention (par exemple des effets secondaires désagréables). Votre enfant et vous restez également libres de ne pas répondre à une question que vous estimatez embarrassante sans avoir à vous justifier.

Il est aussi possible que la responsable de projet et/ou ses représentants vous retirent de l'étude parce qu'il/elle juge ce retrait utile pour la sécurité de votre enfant ou qu'il/elle constate que vous ne respectez pas les consignes données. Enfin, il arrive parfois que les autorités compétentes, le comité d'éthique qui a initialement approuvé l'étude interrompent l'étude parce que les informations recueillies montrent que l'intervention étudiée n'est pas efficace (n'apporte pas assez d'amélioration), ou qu'elle occasionne plus d'effets secondaires ou des effets plus graves que prévu ou pour toute autre raison.

Votre accord implique que vous acceptez que la responsable du projet puisse utiliser les données obtenues à des fins scientifiques (articles, conférences et communications scientifiques).

La responsable de recherche et ses représentants possèdent un devoir de confidentialité vis-à-vis des données recueillies. Cela signifie qu'elle s'engage non seulement à ne jamais révéler votre nom dans le contexte d'une publication ou d'une conférence, mais aussi qu'elle codera vos données (dans l'étude, votre identité sera remplacée par un code d'identification). Seule la feuille de consentement et d'informations contiendra votre identité. La responsable de projet et son équipe seront donc les seuls à pouvoir établir un lien entre les données transmises pendant toute la durée de l'étude et votre identité. Les données personnelles transmises ne comporteront aucune association d'éléments permettant de vous identifier.

La responsable de l'étude (Stassart Céline, ULiège) prendra toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données, conformément aux législations en vigueur. La collecte et l'utilisation de vos informations reposent sur votre consentement écrit. En consentant à participer à l'étude, vous acceptez que certaines données personnelles puissent être recueillies et traitées électroniquement à des fins de recherche en rapport avec cette étude.

La responsable de projet s'engage à ne collecter que les données strictement nécessaires et pertinentes au regard des objectifs poursuivis dans cette étude.

Les données codées seront conservées sous clé au laboratoire du responsable du projet. Les informations seront également stockées dans un système ou disque dur qui sera protégé. Les données codées seront stockées pour une durée maximale de deux ans. Les données à caractère personnel seront sauvegardées en format électronique et papier pour une durée maximale de quatre ans (données d'identification comme nom, coordonnées, etc.) dans un endroit sûr (armoire sous-clé du bureau et/ou disque dur) et différent des données codées. Seule la responsable de l'étude aura accès aux données privées. Seuls les étudiants/chercheurs/docteurants associés aux projets auront accès aux données anonymisées permettant la réalisation des analyses statistiques. Les informations codées seront traitées et analysées électroniquement ou manuellement afin de déterminer les résultats de cette étude.

Vous avez le droit de demander le type de données collectées à votre sujet dans le cadre de l'étude et l'utilité de celles-ci. Pour rappel, vous avez le droit de retirer votre consentement. Vous avez également le droit de vous opposer à la manière dont vos données seront traitées, de demander leur suppression, de limiter certains aspects de leur utilisation ou encore de demander à ce qu'un exemplaire de ces données vous soit fourni. Cependant, pour garantir une évaluation correcte des résultats de l'étude, il se peut que certains de ces droits ne puissent être exercés qu'à la fin de l'étude. L'exercice de vos droits se fait via la responsable de l'étude.

En outre, si vous estimez que vos données sont utilisées en violation des lois en vigueur sur la protection des données, vous avez le droit de formuler une plainte à l'adresse contact@apd-gba.be. Pour toute question, demande d'exercice des droits ou plainte relative à la gestion de vos données à caractère personnel, vous pouvez vous adresser au délégué à la protection des données (Mr Pierre-François PIRLET) par e-mail (dpo@uliege) ou par courrier signé et daté adressé comme suit : Mr le Délégué Pierre-François PIRLET, à la protection des données, Bât. B9 Cellule «GDPR», Quartier Village 3, Boulevard de Colonster 2, 4000 Liège, Belgique. La protection des données personnelles est assurée par la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée. Les droits du patient sont décrits dans la loi du 22 août 2002.

Assurance : Toute participation à une étude clinique comprend un risque aussi petit soit-il. En vertu de l'article 29 de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine, le promoteur assume, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant ou à ses ayants-droit, dommage lié de manière directe ou indirecte à l'expérimentation. Il a contracté une assurance à cet égard.

Vous êtes donc invité à faire part de tout problème physique ou psychologique à la responsable de l'étude. Elle pourra vous donner des informations complémentaires concernant les traitements possibles.

Si la responsable de projet estime qu'un lien avec l'étude est possible, elle se chargera d'initier la procédure de déclaration à l'assurance. Celle-ci nommera - si elle l'estime nécessaire - un expert pour juger du lien entre vos nouveaux problèmes et l'étude.

Vous pouvez contacter la responsable du projet pour des questions ou sur vos droits en tant que participant de recherche. Ce projet a été approuvé par le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège, en date du 30 janvier 2024. Les Comités d'Ethique sont chargés de la protection des sujets qui se prêtent à la recherche clinique conformément à la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine et aux directives de Bonnes Pratiques Cliniques établies dans la Déclaration d'Helsinki. Cependant, cet avis du Comité d'éthique ne doit pas être considéré comme une incitation à participer à l'étude.

Une copie de ce document vous sera transmise.

CONSENTEMENT ECLAIRE

Si vous consentez à participer à cette étude, vous serez invité à signer ce formulaire de consentement. Ce faisant vous confirmerez votre intention de collaborer à l'étude. La responsable de l'étude signera également le formulaire et confirmera qu'elle vous a fourni les informations nécessaires sur l'étude, que vous avez reçu la présente lettre d'information et qu'elle est prête à répondre, le cas échéant, à toutes vos questions supplémentaires.

Je déclare que j'ai été informé sur la nature de l'étude, son but, sa durée, les éventuels bénéfices et risques et ce que l'on attend de mon enfant. J'ai pris connaissance du document d'information.

J'ai eu suffisamment de temps pour y réfléchir et en parler avec une personne de mon choix.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse satisfaisante à mes questions.

J'ai compris que la participation de mon enfant à cette étude, ainsi que la mienne sont volontaires et que mon enfant et moi sommes libres de mettre fin à notre participation à cette étude sans que cela ne modifie les relations avec l'équipe thérapeutique.

J'ai compris que des données me concernant, ainsi que mon enfant seront récoltées pendant cette étude et que la responsable de l'étude et ses représentants se portent garants de la confidentialité de ces données.

Je consens au traitement de mes données personnelles et celles de mon enfant selon les modalités décrites dans la rubrique traitant de garanties de confidentialité.

J'ai reçu une copie de l'information au participant et du consentement éclairé.

Nom du parent (caractères d'imprimerie)

Signature du parent

Date

Nom de la personne recueillant le consentement (caractères d'imprimerie)

Signature de la personne recueillant le consentement

Date

DÉCLARATION DE LA RESPONSABLE DE PROJET

Je, soussigné(e) _____, certifie qu'à ma connaissance, la personne signataire de ce formulaire de consentement éclairé du participant, a reçu oralement toutes les informations nécessaires au sujet de cette étude, et un exemplaire du document d'information au participant. Ses demandes ont été examinées et ses questions ont reçu, de ma part, et au mieux de mes connaissances, les réponses nécessaires. La personne comprend la nature de sa participation, ainsi que les risques et les bénéfices associés à cette étude de recherche. Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que le patient accepte de participer à l'étude et que je suis prêt à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant. J'ai vérifié que le participant a compris l'étude.

Je confirme travailler en accord avec les principes éthiques énoncés dans la dernière version de la « Déclaration d'Helsinki », des « Bonnes pratiques Cliniques » et de la loi belge du 7 mai 2004, relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Un exemplaire signé et daté de ce formulaire de consentement sera fourni au/à la participant(e).

Nom de la responsable de projet

Signature de la responsable de projet

Date

Annexe 3



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT DE L'ENFANT

« Évaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité d'un module de psychoéducation sur la gestion du stress et de l'anxiété chez des enfants atteints d'allergies alimentaires âgés entre 8 et 12 ans et leurs parents »

Les responsables de l'étude : STASSART Céline, PhD, Département de Psychologie de l'enfant , ULiège ;

Adresse postale : Université de Liège, Place des Orateurs, 1 B33 (Trifacultaire), 4000 Liège (Stassart Céline)

Adresse courriel : cstassart@uliege.be, Tél: 04/366.33.63

Comité éthique : Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège

INFORMATION



Nous réalisons une étude qui s'intéresse aux enfants atteints d'allergies alimentaires et nous aimerions que tu y participes.

Je te propose de lire ce document qui t'explique ce qui va se passer. Après cela, si tu es d'accord de participer, je te demanderais de signer ce document, ce qui s'appelle donner un « consentement éclairé ».

But de l'étude :

Ton allergie alimentaire a toute une série de conséquences sur ta vie et te pose peut-être parfois des soucis. Ces soucis peuvent entraîner du stress et de l'anxiété.

Il peut donc être utile d'apprendre à mieux gérer ce stress.

Pour cela, nous te proposons de venir à 5 séances (de 1 heure 30) au CHR de Verviers. Lors de ces séances, tu seras avec d'autres enfants qui, comme toi, sont atteints d'allergie alimentaire. On discutera ensemble des soucis que vous rencontrez dans votre vie de tous les jours et nous essaierons de vous apprendre des petites techniques qui peuvent vous aider à diminuer votre anxiété.

On te demandera aussi de répondre à des questionnaires à plusieurs moments : avant de commencer les petits ateliers de groupe (nous nous arrangerons avec tes parents pour trouver un moment qui te convient et nous viendrons te rencontrer dans ta maison), à la deuxième et à la quatrième séance et enfin après la dernière séance. Ces questionnaires permettront de savoir comment tu te sens en général et par rapport à ton allergie alimentaire.

Avantages et risques:

Cette intervention est gratuite.



On fera très attention au fait que tu te sens bien dans le groupe durant ta participation et nous t'apprendrons des techniques que tu pourras utiliser à la maison ou à l'école pour diminuer ton stress par rapport à ton allergie alimentaire.

Confidentialité et participation volontaire



Ta participation est volontaire, c'est-à-dire que tu participes si tu en as envie, personne ne peut t'obliger. Si tu es d'accord de participer, tu devras signer ce document. Même après l'avoir signé, tu as le droit d'arrêter à n'importe quel moment et de ne pas répondre à une question si tu n'en as pas envie, sans devoir dire pourquoi.



Si la responsable de projet pense qu'il est préférable pour toi d'arrêter ou si tu ne respectes pas les consignes, il est possible qu'elle te retire de l'étude et arrête ta participation.



Comme le demande la loi belge (30 juillet 2018), la responsable de projet et son équipe seront les seuls à connaître tes réponses, elles seront donc confidentielles. Personne ne pourra savoir que c'est toi qui as répondu aux questions. Sur tes questionnaires, il y aura un code. Seulement la responsable de projet connaîtra ton code. Tes questionnaires seront dans une armoire fermée à clé. La responsable de projet ne te posera que des questions utiles pour cette étude. Tu as le droit de poser des questions sur tes réponses aux questionnaires et savoir à quoi cela va servir. Tu as également le droit de demander à voir tes réponses et de les corriger si tu le souhaites.

Un groupe de personnes (appelé comité éthique) a vérifié que cette étude était utile et que tout était fait pour que ça se passe au mieux pour toi.

N'oublie pas que tu peux poser toutes les questions que tu souhaites à la responsable de projet.

CONSENTEMENT

Si tu es d'accord de participer à cette étude, tu peux signer ce document, ce qui signifie que tu donnes ton consentement écrit. La responsable de projet signera également le formulaire qui indique qu'elle t'a donné toutes les informations sur l'étude, que tu as reçu la lettre d'information et qu'elle est prête à répondre à toutes tes questions.

Je suis d'accord pour dire que j'ai eu toutes les informations sur l'étude : le but de celle-ci, ce qu'on me demande de faire, ce qui pourrait se passer. J'ai pris le temps pour lire ce document.

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir si je voulais participer ou non à cette étude. J'ai pu en parler avec des personnes de mon choix.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse à mes questions.

J'ai compris que je participais que si j'en avais envie, et que je peux à n'importe quel moment décider d'arrêter, sans devoir dire pourquoi.

J'ai compris que mes réponses aux questionnaires seront confidentielles, c'est-à-dire que personne ne connaîtra mes réponses à part la responsable de recherche. Personne ne pourra savoir que c'est moi qui ai répondu aux questionnaires.

J'ai reçu une copie de ce document.

J'ai lu et compris ce qu'il y avait dans ce document et je suis d'accord de participer à cette étude.

Nom du participant (caractères d'imprimerie)

Signature du participant

Date

Nom de la personne recueillant le consentement (caractères d'imprimerie)

Signature de la personne recueillant le consentement

Date

DÉCLARATION DE LA RESPONSABLE DE PROJET

Je, soussigné(e) _____, certifie qu'à ma connaissance, la personne signataire de ce formulaire de consentement éclairé du participant, a reçu oralement toutes les informations nécessaires au sujet de cette étude. Ses demandes ont été examinées et ses questions ont reçu, de ma part, et au mieux de mes connaissances, les réponses nécessaires. La personne comprend la nature de sa participation, ainsi que les risques et les bénéfices associés à cette étude de recherche. Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que le patient accepte de participer à l'étude et que je suis prêt à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.

Je confirme travailler en accord avec les principes éthiques énoncés dans la dernière version de la « Déclaration d'Helsinki », des « Bonnes pratiques Cliniques » et de la loi belge du 7 mai 2004, relative aux expérimentations sur la personne humaine. J'ai vérifié que le participant a compris l'étude.

Un exemplaire signé et daté de ce formulaire de consentement sera fourni au/à la participant(e).

Nom des responsables de projet

Signatures des responsables de projet

Date

Annexe 4

Questionnaire sociodémographique

Version parent

1. Quel est votre **sexe** ?

- Homme
- Femme

2. Quel est votre **âge** ?

3. Quelle est votre **profession** ?

4. Quelle est votre **situation conjugale** ?

- Divorcé(e)
- Marié(e)
- Séparé(e)
- Veuf(e)

5. Vos **antécédents médicaux** ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie chronique | <input type="checkbox"/> Accident |
| <input type="checkbox"/> Problème respiratoire | <input type="checkbox"/> Suivi psychologique |
| <input type="checkbox"/> Problème cardiaque | <input type="checkbox"/> Autres..... |

Si **suivi psychologique**, pour quelle(s) raison(s) ?

6. Les **antécédents médicaux** de votre enfant ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie chronique | <input type="checkbox"/> Accident |
| <input type="checkbox"/> Maladie sévère | <input type="checkbox"/> Suivi psychologique |
| <input type="checkbox"/> Problème respiratoire | <input type="checkbox"/> Hospitalisation |
| <input type="checkbox"/> Problème cardiaque | <input type="checkbox"/> Autre.... |

Si **suivi psychologique** pour quelle(s) **raison(s)** ? Et **quand** ?

Si **hospitalisation** pour quelle(s) **raison(s)** ? Et **quand** ?

7. Est-ce que votre enfant a été **allaité** ?

- Oui
- Non

8. Existe-t-il des **personnes avec une allergie alimentaire** dans votre famille ?

- Oui
- Non

Si **oui**, quel est le lien de parenté avec votre enfant ?

9. À quel âge a-t-on **diagnostiqué l'allergie alimentaire** de votre enfant ?

10. **Qu'est-ce qui vous a poussé à consulter un spécialiste** ? (événement, inquiétude)

11. **Quel(s) test(s)** a réalisé(s) le médecin pour identifier l'allergie alimentaire ?

- Tests cutanés (prick-test ou patch-test)
- Tests de provocation orale
- Test sanguin

12. Est-ce qu'il a déjà eu une réaction allergique qui a nécessité **une hospitalisation** ?

- Oui
- Non

Si **oui**, quand et pourquoi cela a-t-il nécessité une hospitalisation ?

13. Est-ce que votre enfant à **un/des médicament(s)** en cas de réaction ?

- Oui
- Non

Si **oui**, quel est le/leurs nom(s) ?

14. Est-ce qu'un **stylo d'adrénaline** a été prescrit en cas de réaction allergique ?

- Oui
- Non

Si **oui**, est-ce que la prescription a été pour vous ?

- Rassurante
- Angoissante

15. Est-ce qu'un **projet d'accueil individualisé** (PAI) a été **mis en place à l'école** de votre enfant (un aménagement pour son allergie) ?

- Oui
- Non

Si **oui** qu'est-ce qui a été mis en place ?

16. Est-ce que votre enfant suit **un traitement de désensibilisation** ?

- Oui
- Non

Si **oui**, depuis **combien de temps** ?

Si oui, **comment le traitement** ?

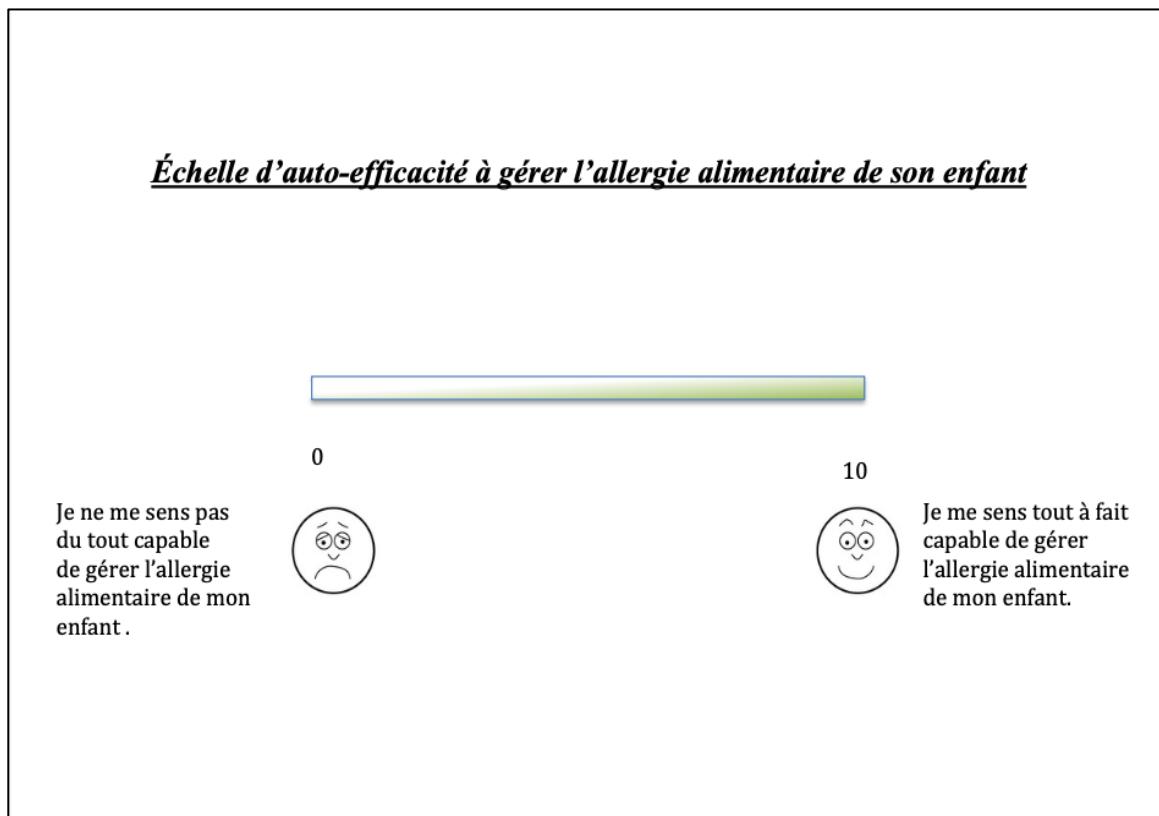
18. Est-ce que vous et votre enfant avez participé à **des séances d'éducation thérapeutique** ?

- Oui
- Non

Si **oui**, en quoi consistaient-elles ?

Annexe 5

Échelle d'auto-efficacité à gérer l'allergie alimentaire de son enfant



Annexe 6

Questionnaire de Satisfaction du Programme

Nous aimerions connaître votre avis sur le module de psychoéducation que vous avez suivi durant ces 5 semaines. Merci pour votre participation !

Est-ce que vous pensez que vous avez appris de nouvelles choses ? OUI NON

Est-ce que vous étiez content de venir aux séances ? OUI NON

Est-ce que vous pouviez vous exprimer lors des séances ? OUI NON

Avez-vous trouvé utile :

	Pas du tout utile	pas utile	moyen	utile	très utile
- L'explication sur l'anxiété	<input type="checkbox"/>				
- La relaxation	<input type="checkbox"/>				
- Le jeu du détective	<input type="checkbox"/>				
- L'escalier des peurs	<input type="checkbox"/>				

Est-ce que vous pensez que votre enfant a appris des choses utiles aux séances de psychoéducation ?

Pas du tout utile	pas utile	moyen	utile	très utile
<input type="checkbox"/>				

Comment avez-vous trouvé les séances de psychoéducation :

	Pas bien du tout	Pas bien	Bof	Bien	Très Bien
- L'explication sur l'anxiété	<input type="checkbox"/>				
- La relaxation	<input type="checkbox"/>				
- Le jeu du détective	<input type="checkbox"/>				
- L'escalier des peurs	<input type="checkbox"/>				

Que pensez-vous de l'entièreté du programme ?

Pas bien du tout	Pas bien	Bof	Bien	Très Bien
<input type="checkbox"/>				

Est-ce que vous parlerez de la psychoéducation à vos proches ?

Pas du tout	Pas vraiment	Bof	Plutôt Oui	Sûrement
<input type="checkbox"/>				



Que pensez-vous :

Pas bien du tout Pas bien Bof Bien Très Bien

- Du cahier

- Les explications

Est-ce que vous pensez que les séances étaient longues? OUI NON

Est-ce qu'il y avait trop de séance ? OUI NON

Est-ce qu'il n'y avait pas assez de séance ? OUI NON

Qu'avez-vous aimé lors des séances/lors du programme ? :

.....

.....

.....

Qu'est-ce que vous n'avez pas aimé lors des séances/lors du programme ? :

.....

.....

.....

Qu'est- ce que vous aurez aimé qu'il y ait dans les séances ?

.....

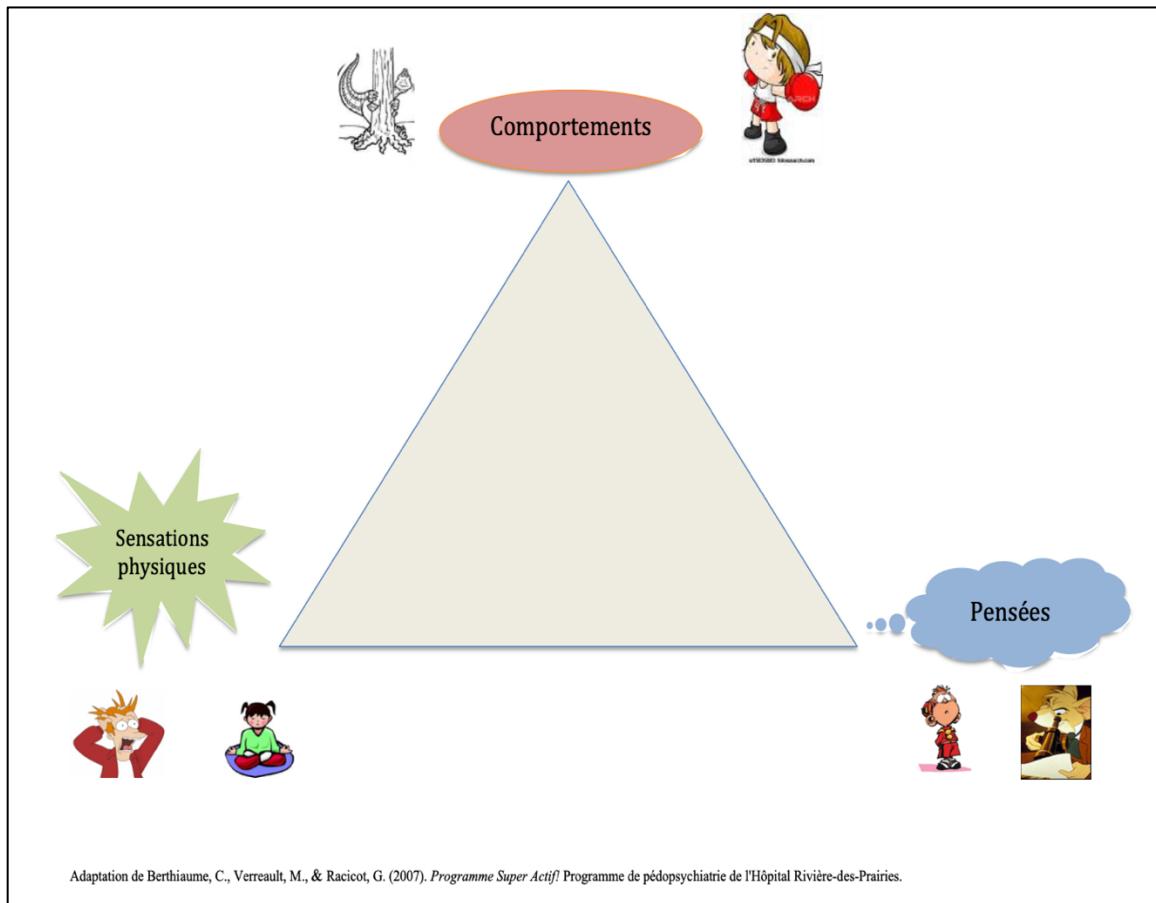
.....

.....

MERCI pour votre participation !



Annexe 7



Annexe 8

THERMOMETRE DES EMOTIONS		
	9-10	
	7-8	
	5-6	
	3-4	
	1-2	
	0	

Adaptation de Berthiaume, C., Verreault, M., & Racicot, G. (2007). *Programme Super Actif! Programme de pédopsychiatrie de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.*

Annexe 9

Inventaire d'Anxiété Etat-Trait / Forme Y-B
(Adaptation française de Bruchon-Schweitzer & Paulhan, 1983)

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis entourez, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez GENERALEMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments HABITUELS.

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
21. Je me sens de bonne humeur, aimable.....	●	●	●	●
22. Je me sens nerveux (nervouse), agité(e).....	●	●	●	●
23. Je me sens content(e) de moi.....	●	●	●	●
24. Je voudrais être aussi heureux (heureuse) que les autres.....	●	●	●	●
25. J'ai un sentiment d'échec.....	●	●	●	●

Annexe 10

SOFAA-P Traduction Française

Même s'il existe des aliments sans danger, mon enfant...

	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. Évite de manger la nourriture des restaurants qu'il ne connaît pas	0	1	2	3	4
2. Évite de manger la nourriture des restaurants qu'il connaît.	0	1	2	3	4
3. Évite le contact physique avec d'autres personnes par crainte d'avoir une réaction allergique.	0	1	2	3	4
4. Évite de manger lors de fêtes ou de rassemblements sociaux chez d'autres personnes.	0	1	2	3	4
5. Évite de manger à la table habituelle du déjeuner à l'école ou au camp.	0	1	2	3	4

Annexe 11

QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITÉ DE VIE DE MCGILL Révisé®

Instructions

Dans ce questionnaire, les questions se présentent de la façon suivante : il y a d'abord un énoncé et, ensuite, suivent deux réponses à l'opposé l'une de l'autre.

Des chiffres de 0 à 10 s'échelonnent entre les deux extrêmes.

Veuillez encercler le chiffre entre 0 et 10 qui correspond le mieux à ce qui est vrai pour vous.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Des réponses honnêtes nous seront des plus utiles.

EXEMPLE :

J'ai faim :

pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **extrêmement**

- Si vous n'avez même pas une toute petite faim, vous pouvez encercler 0.
- Si vous avez une petite faim (vous venez de terminer votre repas et il vous reste de la place pour un dessert), vous pouvez encercler 1, 2 ou 3.
- Si vous avez modérément faim (car l'heure du repas approche), vous pouvez encercler 4, 5 ou 6.
- Si vous avez très faim (car vous n'avez rien mangé de toute la journée), vous pouvez encercler 7, 8 ou 9.
- Si vous avez extrêmement faim, vous pouvez encercler 10.

► COMMENCEZ ICI

Veuillez répondre à toutes les questions en vous rappelant qu'il s'agit de comment vous vous êtes senti(e) AU COURS DES DEUX DERNIERS JOURS SEULEMENT

Partie A: Qualité de vie globale

- A. En tenant compte de tous les aspects de ma vie (par exemple, physique, émotionnel, social, spirituel et financier), ma qualité de vie au cours des deux derniers jours (48 heures) a été :

très faible 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **excellente**

Annexe 12

Food Allergy Quality of Life Parent form (FAQL-PF)

Les situations suivantes nous ont été rapportées par des parents comme affectant la qualité de vie de leurs enfants avec allergie alimentaire. Veuillez nous indiquer à quel point chaque scénario affecte la qualité de vie de votre enfant en cochant la case qui correspond le mieux de 1 à 7 par un (✓) ou une (X).

Possibilité de réponses :

- 1** = pas du tout
2 = un petit peu
3 = légèrement
4 = modérément
5 = passablement
6 = beaucoup
7 = extrêmement

Extrêmement

En raison de son/ses allergie(s) alimentaire(s), mon enfant se sent.... 0 1 2 3 4 5 6

Annexe 13

Questionnaire
Activité physique & Sédentarité

 Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité

Champ réservé expérimentateur
Code sujet : _____

Ce questionnaire évalue votre niveau d'activité physique et de sédentarité au cours d'une **semaine habituelle** (du **LUNDI** au **DIMANCHE**). Il est divisé en 3 parties et 21 questions (de Q1 à Q21) :

- **PARTIE A** : les activités au travail ;
- **PARTIE B** : les déplacements à but utilitaire ;
- **PARTIE C** : les activités de loisirs ou au domicile.

Quelle est la date d'aujourd'hui ?
__ / __ / __ (JJ/MM/AAAA)

Quel est votre âge ? (ans) Précisez votre sexe : Femme Homme

Exercez-vous actuellement une activité (rémunérée ou non), ou suivez-vous des études ou une formation ?
 Oui Non → Ne pas remplir la PARTIE A 

PARTIE A : ACTIVITÉS AU TRAVAIL
Les questions suivantes concernent tout type de travail, rémunéré ou non (y compris bénévole) ainsi que les études.

i **ACTIVITÉ PHYSIQUE : COMMENT RECONNAÎTRE L'INTENSITÉ SELON VOTRE PERCEPTION ?**

1 Les activités physiques de **forte intensité** sont des activités nécessitant un effort physique important et causant une augmentation conséquente de la respiration ou du rythme cardiaque.
2 Les activités physiques de **modérée** sont des activités qui demandent un effort physique modéré et causant une petite augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque.

Q1 Votre travail implique-t-il des tâches répétitives ou régulières :
① si NON pour les deux types d'intensité, passez directement à la question Q4.

De forte intensité ? ①
Ex : soulever des charges lourdes...
 NON OUI

D'intensité modérée ? ②
Ex : marcher à un rythme normal ou soutenu, soulever des charges légères...
 NON OUI

Q2 Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous ces tâches répétitives ou régulières dans le cadre de votre travail ?

De forte intensité ①
Nombre de jours :
(par semaine, 7 maximum)
 : heures minutes
(par jour)

D'intensité modérée ②
Nombre de jours :
(par semaine, 7 maximum)
 : heures minutes
(par jour)

Q3 Lors d'une journée durant laquelle vous effectuez ces tâches, combien de temps en moyenne consacrez-vous à ces tâches dans le cadre de votre travail ?

Q4 Habituellement, combien de temps par jour en moyenne passez-vous assis pour votre travail ?
( ne pas compter les temps de repas)

Heures : minutes : : (par jour)

SUITE À LA PAGE SUIVANTE