

La version française du Parental Beliefs about Anxiety Questionnaire (PBA-Q) présente-t-elle des propriétés psychométriques satisfaisantes auprès de parents d'enfants âgés de 8 à 13 ans, notamment en termes de consistance interne, de validité convergente et de validité prédictive ?

Auteur : Zanna, Maïssa

Promoteur(s) : Stassart, Céline

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée

Année académique : 2025-2026

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/27318>

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'oeuvre 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.

La version française du *Parental Beliefs about Anxiety Questionnaire* (PBA-Q) présente-t-elle des propriétés psychométriques satisfaisantes auprès de parents d'enfants âgés de 8 à 13 ans, notamment en termes de consistance interne, de validité convergente et de validité prédictive ?

PROMOTRICE : STASSART Céline

LECTRICES : BRIANDA Maria Elena et EL FEZZAOUI Farah

Mémoire présenté par ZANNA Maïssa & TIHANGE Tamara

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Psychologiques, à finalité spécialisée en
Psychologie Clinique

Année académique 2025-2026

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier chaleureusement ma promotrice, Céline Stassart, pour son accompagnement tout au long de la rédaction de ce mémoire. Elle a été un réel soutien et ses précieux conseils m'ont été d'une grande aide. Je tiens également à remercier Madame Brianda Maria Elena et Madame Farah El Fezzaoui, mes lectrices, pour le temps, l'attention et l'intérêt accordés à la lecture de mon mémoire. J'adresse enfin mes sincères remerciements à ma binôme, Tamara Tihange, avec qui j'ai partagé ce travail. Nous avons traversé ensemble les doutes, les moments de soulagement et les nombreuses étapes qui ont jalonné la réalisation de ce mémoire. Cette expérience partagée l'aura rendue plus enrichissante et, surtout, moins solitaire.

Ensuite, je tiens à remercier ma famille. Première petite-fille, première nièce, première fille et première à avoir emprunté ce chemin au sein de toute la famille, j'ai toujours eu à cœur de vous rendre fiers. Vous avez fait de nombreux sacrifices pour me permettre de poursuivre mes études, d'aller au bout de mes ambitions et de construire un chemin que vous n'avez pas nécessairement eu l'occasion d'emprunter vous-mêmes. Je mesure aujourd'hui la chance que j'ai eue de pouvoir bénéficier de votre soutien et de toutes les possibilités que vous avez cherché à m'offrir. Je ne vous remercierai jamais assez d'avoir cru en moi et d'avoir, par vos sacrifices et votre soutien, rendu ce parcours possible.

Enfin, je tiens à remercier Celui sans lequel rien de tout cela n'aurait été possible. Celui qui a été là, de jour comme de nuit, qui a entendu mes larmes silencieuses, accueilli mes doutes et apaisé mes inquiétudes. Celui vers qui je me suis tournée dans les moments où je ne savais plus comment avancer, et qui m'a toujours permis de me relever, même lorsque les épreuves semblaient trop lourdes. Ce parcours, je l'ai entrepris avec une intention qui allait au-delà de la réussite académique : celle de rechercher la connaissance et d'en faire quelque chose qui ait du sens. Tu m'as donné la force de poursuivre lorsque je doutais, la patience dans les moments difficiles et la sérénité nécessaire pour accepter ce que je ne pouvais pas contrôler. Je ne pourrais jamais retracer ces années sans reconnaître la présence, la générosité et les bienfaits qui m'ont accompagnée tout au long de ce chemin. Aujourd'hui, alors que ce parcours touche à sa fin, je ressens avant tout de la gratitude : pour les portes qui se sont ouvertes, pour celles qui sont restées fermées, pour les épreuves qui m'ont fait grandir et pour la force de toujours recommencer.

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
REVUE DE LA LITTÉRATURE	3
1. L'anxiété chez l'enfant	3
1.1 Définition et manifestation	3
1.1.1 Anxiété normale et peurs développementales	3
1.1.2 Le modèle cognitivo-comportemental de l'anxiété.....	4
1.1.3 L'impact fonctionnel de l'anxiété chez l'enfant	5
1.2 Les troubles anxieux chez l'enfant.....	6
1.3 La prévalence des troubles anxieux	9
2. Les facteurs étiologiques de l'anxiété infantile	10
2.1 Facteurs biologiques et développementaux	10
2.1.1 Facteurs génétiques.....	10
2.1.2 Vulnérabilités biologiques	10
2.1.3 Processus cognitifs et émotionnels	11
2.2 Facteurs sociaux et contextuels	11
2.2.1 Événements de vie stressants et traumatiques.....	11
2.2.2 Influence parentale sur l'anxiété de l'enfant	12
2.2.2.1 Styles parentaux et qualité de la relation	12
2.2.2.2 Croyances parentales face à l'anxiété	13
3. Le Parental Beliefs about Anxiety Questionnaire (PBA-Q)	15
3.1 Intérêt clinique du PBA-Q.....	16
OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES	17
1. Question de recherche	17
2. Hypothèses.....	17
2.1 Hypothèse 1 : la consistance interne	17
2.2 Hypothèse 2 : la validité convergente	17
2.3 Hypothèse 3 : la validité prédictive	18
2.4 Analyses complémentaires : effet de genre du parent	19
2.5 Analyses complémentaires : effet de genre de l'enfant	19
3. Objectifs et intérêts de la recherche.....	19
MÉTHODOLOGIE.....	21
1. Population	21
2. Considérations éthiques	21
3. Procédures.....	22
4. Outils de mesure	22
4.1 Questionnaires – parents	22
4.1.1 Questionnaire sociodémographique adulte.....	22
4.1.2 The Parental Beliefs about Anxiety Questionnaire (PBA-Q) de Francis et Chorpita (2010)	22
4.1.3 The Parent Sensitivity to Child Anxiety Index (PSCAI) de Wissemann et al. (2018)	23
4.1.4 Child Behavior CheckList (CBCL) de Achenbach (1991)	23
4.1.5 Anxiety Sensitivity Index-Revised (ASI-R) de Taylor et Cox (1998)	23
4.1.6 Échelle de Dépression, d'Anxiété et de Stress (EDAS-21) de Ramasawmy (2015)	24
4.2 Questionnaires – enfants	24
4.2.1 Questionnaire sociodémographique enfant	24
4.2.2 State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) de Spielberger et Edwards (1973)	24
4.2.3 Childhood Anxiety Sensitivity Index-Revised (CASI) de Silverman et al. (1991).....	24
ANALYSE DES DONNÉES	26

1. Plan d'analyse statistique	26
2. Analyses descriptives	26
2.1 Analyses descriptives des échelles de mesure.....	26
2.1.1 Questionnaires complétés par les parents.....	26
2.1.2 Mesures relatives à l'enfant.....	28
3. Résultats.....	29
3.1 Hypothèse 1 : Consistance interne.....	29
3.1.1 Consistance interne du score global.....	29
3.1.2 Consistance interne des sous-facteurs	30
3.2 Hypothèse 2 : Validité convergente	31
3.3 Hypothèse 3 : Validité prédictive	32
3.3.1 Associations entre le score global du PBA-Q et les mesures de l'enfant.....	33
3.3.2 Associations entre les sous-facteurs du PBA-Q et les mesures de l'enfant.....	33
3.3.3 Contribution spécifique des sous-facteurs du PBA-Q.....	34
3.3.4 Synthèse des résultats relatifs à la validité prédictive.....	35
3.4 Analyses complémentaires : association avec la détresse psychologique parentale	35
3.5 Analyses complémentaires : effet de genre	36
Des analyses comparatives ont été réalisées afin d'examiner si les croyances parentales mesurées par le PBA-Q diffèrent selon le genre du parent et selon le genre de l'enfant, ainsi que si la symptomatologie de l'enfant diffère selon son propre genre.....	36
3.5.1 Croyances parentales selon le genre du parent	36
3.5.1.1 Score global du PBA-Q	36
3.5.1.2 Sous-facteurs du PBA-Q	36
3.5.2 Croyances parentales selon le genre de l'enfant	37
3.5.2.1 Score global du PBA-Q	37
3.5.2.2 Sous-facteurs du PBA-Q	37
3.5.3 Symptomatologie de l'enfant selon son genre.....	38
3.6 Synthèse des résultats.....	39
DISCUSSION	40
1. Consistance interne.....	40
1.1 Une bonne fidélité du score global du PBA-Q.....	40
1.2 L'impact des items formulés négativement sur les performances psychométriques.....	41
1.3 Des différences marquées entre les sous-échelles	41
1.4 Hypothèses explicatives des faibles coefficients des facteurs 3 et 4	42
1.5 Implications pour l'interprétation de la version française du PBA-Q.....	42
2. Validité convergente.....	42
2.1 Une forte convergence avec la sensibilité parentale à l'anxiété de l'enfant (PSCAI)	43
2.2 Une convergence différenciée selon les sous-dimensions du PBA-Q	43
2.3 Une association modérée avec la sensibilité anxieuse parentale (ASI-R)	43
2.4 Des résultats nuancés concernant la détresse émotionnelle parentale (EDAS-21).....	44
2.5 Une divergence avec les études antérieures.....	44
2.6 Hypothèses explicatives de l'absence d'association avec l'anxiété	44
2.7 Limites de l'analyse convergente	45
3. Validité prédictive	45
3.1 Des associations principalement observées avec la CBCL	45
3.2 Interprétations possibles de l'association entre le PBA-Q et la CBCL	46
3.3 Différence entre analyses corrélationnelles et régressions multiples	47
3.4 Des associations non spécifiques aux symptômes anxieux	47
3.5 Pourquoi les associations sont-elles absentes avec le STAIC et le CASI ?.....	48
3.6 Conclusion de la validité prédictive.....	49
4. Influence selon le genre.....	50
4.1 Genre du parent	50
4.2 Genre de l'enfant	51
4.3 Conclusion de l'influence selon le genre.....	52

5. Limites.....	53
6. Implications cliniques.....	54
7. Perspectives de recherche	55
CONCLUSION.....	58
BIBLIOGRAPHIE	59

Tables des tableaux

Tableau 1 - Peurs développementales en fonction de l'âge	3
Tableau 2 - Principaux troubles anxieux de l'enfant	7
Tableau 3 - Statistiques descriptives des questionnaires complétés par les parents	27
Tableau 4 - Statistiques descriptives des mesures relatives à l'enfant	28
Tableau 5 - Corrélations item-total pour l'échelle globale du Parental Beliefs About Anxiety Questionnaire (PBA-Q).....	29
Tableau 6 - Coefficients Alpha de Cronbach et corrélations item-total pour les sous-facteurs du PBA-Q.....	30
Tableau 7 - Synthèse des régressions linéaires simples et multiples	34
Tableau 8 - Comparaison des croyances parentales selon le genre du parent.....	37
Tableau 9 - Comparaison des croyances parentales selon le genre de l'enfant	38
Tableau 10 - Comparaison de la symptomatologie de l'enfant selon son genre	39

Résumé

Objectif : Ce mémoire vise à réaliser une validation préliminaire de la version française du *Parental Beliefs About Anxiety Questionnaire* (PBA-Q), un questionnaire évaluant les croyances parentales relatives à l'anxiété de l'enfant, en examinant sa consistance interne, sa validité convergente et sa validité prédictive.

Méthodologie : 102 parents d'enfants âgés de 8 à 13 ans ont complété le PBA-Q ainsi que des mesures de croyances et de sensibilité parentales à l'anxiété, de détresse psychologique parentale et d'anxiété de l'enfant. Cette dernière a été évaluée par le parent, et, pour un sous-échantillon de 61 enfants, directement par l'enfant. La consistance interne a été estimée par l'alpha de Cronbach, la validité convergente par des corrélations de Spearman, et la validité prédictive par des régressions linéaires simples et multiples.

Résultats : Le score global du PBA-Q présente une consistance interne satisfaisante ($\alpha = .80$), comparable à la version originale, mais deux des quatre sous-facteurs affichent une fidélité insuffisante. Le questionnaire est significativement corrélé aux mesures de sensibilité parentale et anxieuse, ainsi qu'au stress et à la dépression parentaux. Il est également associé aux symptômes de l'enfant rapportés par le parent, mais pas aux mesures auto-rapportées par l'enfant.

Conclusion : Cette étude constitue une première étape encourageante dans la validation de la version française du PBA-Q, avec des qualités psychométriques satisfaisantes pour le score global mais plus fragiles pour deux sous-facteurs. La validité prédictive reçoit un soutien partiel. Ces résultats, obtenus sur un échantillon non clinique et transversal, appellent des recherches complémentaires sur des échantillons plus larges, cliniques, avec un devis longitudinal.

INTRODUCTION

Le développement émotionnel de l'enfant s'inscrit dans un milieu familial qui peut favoriser ou entraver son bien-être psychologique (Stassart et al., 2017). Les manifestations anxieuses font partie du développement normal et jouent un rôle adaptatif, mais lorsqu'elles deviennent excessives, persistantes ou altèrent le fonctionnement quotidien, elles peuvent correspondre à un trouble anxieux (Klein et al., 2023 ; Vallance & Fernandez, 2016). Ces troubles constituent l'un des motifs les plus fréquents de consultation en santé mentale chez les jeunes : les estimations épidémiologiques indiquent qu'environ 5 à 10 % des enfants et adolescents y répondent aux critères sur 12 mois, certaines études rapportant des taux allant de 9 à 32 % (Hill et al., 2016 ; Rapee et al., 2023).

Ces troubles représentent un enjeu majeur de santé publique en raison de leur apparition précoce et de leurs répercussions sur le développement socio-émotionnel, cognitif et scolaire de l'enfant, affectant les relations entre pairs, la réussite académique et la vie familiale. Ils débutent souvent dans l'enfance et tendent à persister à l'âge adulte en l'absence de prise en charge adéquate (Creswell et al., 2014 ; Hill et al., 2016).

Le diagnostic reste toutefois complexe, notamment en raison de la nécessité de distinguer les peurs développementales normatives des manifestations pathologiques, distinction reposant principalement sur la gravité, la persistance des symptômes et le degré de perturbation du fonctionnement quotidien. Les entretiens structurés sont fréquemment utilisés en pratique clinique pour évaluer ces critères, et les recommandations soulignent l'importance d'une évaluation multidimensionnelle incluant l'enfant et ses parents, informateurs essentiels du fonctionnement émotionnel et comportemental de leur enfant (Creswell et al., 2014).

Dans ce contexte, l'environnement familial apparaît comme un facteur déterminant dans le développement et le maintien de l'anxiété : les interactions parent-enfant, les pratiques éducatives et les représentations parentales des émotions influencent la manière dont l'enfant apprend à comprendre et réguler ses affects. Parmi ces facteurs, les croyances parentales jouent un rôle central : percevoir l'anxiété de l'enfant comme dangereuse, anormale ou révélatrice d'un échec parental peut conduire à des réactions inadaptées et contribuer au maintien des difficultés anxieuses (Emerson et al., 2018 ; Johnco et al., 2022 ; Stassart et al., 2017).

C'est dans ce cadre que Francis et Chorpita (2010) ont développé le *Parental Beliefs About Anxiety Questionnaire* (PBA-Q), un instrument évaluant différentes dimensions des croyances parentales relatives à l'anxiété de l'enfant.

Malgré l'intérêt de cet outil, l'absence d'une version française suffisamment documentée sur le plan psychométrique constitue une lacune, limitant leur évaluation en contexte clinique francophone ainsi que leur étude dans les recherches sur les mécanismes familiaux de l'anxiété infantile.

Cette étude vise à examiner les propriétés psychométriques de la version française du PBA-Q afin d'évaluer son potentiel en tant qu'outil fiable et culturellement adapté pour mesurer ces croyances.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. L'anxiété chez l'enfant

1.1 Définition et manifestation

1.1.1 *Anxiété normale et peurs développementales*

L'anxiété est un sentiment d'angoisse ou de peur face à une situation perçue comme dangereuse. Elle permet à l'individu de se protéger et d'agir efficacement face à un danger (Belon, 2019).

L'anxiété fait partie du développement normal de l'enfant et s'exprime à travers des peurs typiques évoluant de manière prévisible au fil du développement, comme présenté dans le **Tableau 1**. Ces manifestations s'expliquent par la maturation progressive des capacités cognitives, émotionnelles et sociales de l'enfant, qui influencent sa manière de percevoir et d'interpréter les situations.

Dès 6 mois, les enfants peuvent manifester une peur des personnes ou situations nouvelles, ce qui s'inscrit dans le développement de l'attachement et de la différenciation des figures familiales et non familiales. Entre 2 et 4 ans, la peur du noir et de la séparation est fréquente, en lien avec le début de la prise de conscience de l'absence de la figure d'attachement. Entre 5 et 6 ans, les craintes se centrent davantage sur les créatures imaginaires ou les animaux sauvages, en raison d'une pensée encore fortement symbolique et imaginative. Vers 7 ans, elles concernent plutôt la maladie ou la perte d'un proche, reflétant une meilleure compréhension des risques réels et de la permanence de la mort. Enfin, à l'adolescence, elles se déplacent vers des enjeux de compétence, d'évaluation et de peur de l'échec, en lien avec le développement de la conscience de soi et de l'évaluation sociale. (Vallance & Fernandez, 2016). Ces manifestations sont généralement transitoires et adaptées au stade de développement.

Tableau 1- *Peurs développementales en fonction de l'âge*

Âge	Peurs typiques
6-12 mois	Étrangers et situations nouvelles
2-4 ans	Obscurité et séparation
5-6 ans	Créatures imaginaires, animaux sauvages
7 ans	Maladie, perte d'un proche
Adolescence	Évaluation, compétence, échec

Bien que l'anxiété et la peur soient considérées comme des émotions normales et adaptatives, il peut arriver qu'elles deviennent pathologiques. En effet, certaines situations peuvent être perçues comme menaçantes alors qu'elles ne constituent pas un danger objectif, et l'anxiété devient alors disproportionnée par rapport au contexte. Les peurs deviennent pathologiques lorsqu'elles ne correspondent plus au niveau de développement de l'enfant, qu'elles génèrent une détresse excessive et persistante, ou qu'elles entraînent une altération significative du fonctionnement quotidien, comme l'incapacité à se rendre à l'école, à dormir seul ou à participer à des activités sociales (Klein et al., 2023).

1.1.2 Le modèle cognitivo-comportemental de l'anxiété

Plusieurs modèles théoriques ont été proposés afin d'expliquer les mécanismes impliqués dans le développement et le maintien de l'anxiété. Parmi eux, le modèle cognitivo-comportemental occupe une place centrale. Ce modèle permet de mieux comprendre la transition entre anxiété normale et anxiété pathologique, en fonction de l'intensité et de la rigidité des biais cognitifs ainsi que du degré d'évitement comportemental.

Selon le modèle du traitement de l'information proposé par Beck et Clark (1997), l'anxiété résulte d'un ensemble de processus cognitifs qui orientent l'individu vers la détection et l'interprétation de la menace. Ce modèle distingue trois niveaux de traitement :

1. Le niveau automatique correspond à une activation rapide et préconsciente des schémas de danger, entraînant une hypervigilance et une focalisation attentionnelle immédiate sur les stimuli perçus comme menaçants.
2. Le niveau stratégique implique des processus conscients d'interprétation et d'évaluation, au cours desquels l'enfant tend à surestimer la probabilité ou la gravité d'un danger tout en sous-estimant ses capacités d'adaptation.
3. Enfin, le niveau comportemental se manifeste par des réponses visant à réduire la détresse, telles que l'évitement ou les comportements de sécurité, qui procurent un soulagement immédiat mais peuvent renforcer l'anxiété à long terme. Les comportements d'évitement, bien que parfois adaptatifs à court terme, contribuent au maintien de l'anxiété en limitant l'exposition aux situations redoutées et en empêchant la remise en question des croyances de menace (Hofmann & Hay, 2018).

L'ensemble de ces mécanismes contribue à maintenir un cercle vicieux anxieux dans lequel les biais attentionnels, les interprétations catastrophiques et les stratégies d'évitement interagissent

pour renforcer la perception de menace (Beck & Clark, 1997). Ainsi, l'anxiété devient problématique lorsqu'elle repose sur des interprétations systématiquement catastrophiques et des comportements d'évitement persistants, qui entraînent une incapacité à corriger les croyances de menace et un retentissement significatif sur le fonctionnement quotidien.

1.1.3 L'impact fonctionnel de l'anxiété chez l'enfant

Les troubles anxieux chez l'enfant peuvent entraîner des répercussions importantes dans plusieurs domaines du fonctionnement, notamment sur les plans émotionnel, social et scolaire (Jacob et al., 2013).

Sur le plan émotionnel, les enfants souffrant de troubles anxieux présentent fréquemment des difficultés de régulation et d'expression des émotions. Par rapport aux jeunes ne présentant pas de psychopathologie, ils rapportent une expression émotionnelle plus dérégulée et décrivent certaines émotions, comme l'inquiétude ou la colère, comme étant vécues avec une intensité plus élevée. Ils peuvent également manifester des réponses émotionnelles moins adaptées dans différentes situations émotionnelles (Jacob et al., 2013). D'autres travaux rapportés dans cette étude indiquent que ces jeunes utilisent moins de stratégies de régulation émotionnelle orientées vers la résolution de problèmes et expriment moins d'affects positifs lorsqu'ils évoquent des expériences émotionnelles. Ces difficultés émotionnelles peuvent ainsi influencer d'autres dimensions du fonctionnement de l'enfant (Jacob et al., 2013).

Sur le plan social, les recherches montrent que les jeunes anxieux présentent généralement un fonctionnement social moins favorable que leurs pairs non cliniques. Les manifestations anxieuses visibles, telles que des émotions fortement dérégulées ou certains comportements anxieux, peuvent être perçues négativement par les pairs et susciter des réactions telles que les moqueries ou l'exclusion (Jacob et al., 2013). Les enfants anxieux peuvent également être confrontés à des formes de stigmatisation liées aux représentations négatives associées aux troubles mentaux. Par ailleurs, l'anxiété peut limiter leur participation aux activités sociales : certains enfants évitent les interactions, adoptent des comportements de retrait ou se montrent moins compétents socialement en raison de préoccupations liées à la menace. Ce manque d'engagement social peut conduire à des expériences de solitude ou d'insatisfaction dans les relations sociales. L'accumulation de ces expériences sociales négatives ou limitées peut contribuer au maintien de l'anxiété et limiter les occasions de développer les compétences sociales (Jacob et al., 2013).

Les difficultés émotionnelles et sociales peuvent également s'accompagner de répercussions sur le fonctionnement scolaire. Les symptômes d'intériorisation, incluant notamment l'anxiété et la

dépression, sont fréquemment associés à des difficultés dans le contexte scolaire (Pedersen et al., 2019). Ces relations apparaissent bidirectionnelles : les difficultés émotionnelles peuvent affecter le fonctionnement scolaire, tandis que des difficultés scolaires peuvent à leur tour contribuer au développement ou au maintien de symptômes d'intériorisation (Pedersen et al., 2019).

Les résultats de Pedersen et al. (2019) indiquent notamment une association négative entre les symptômes d'intériorisation (rapportés par les enseignants) ainsi que les symptômes dépressifs auto-déclarés et la réussite scolaire. En revanche, les symptômes d'anxiété auto-déclarés ne sont pas systématiquement associés aux évaluations scolaires des enseignants, ce qui pourrait s'expliquer par une expression parfois plus discrète de l'anxiété en contexte scolaire ou par une difficulté de repérage de ces symptômes. Ces résultats soulignent également l'importance des différences de perception entre enseignants et élèves dans l'identification des difficultés intériorisées.

Plus largement, l'anxiété et la dépression coexistent fréquemment au cours du développement et peuvent constituer des facteurs de risque pour des difficultés ultérieures, notamment sur le plan de l'estime de soi, des performances scolaires et de la santé mentale. Ces constats soulignent l'importance d'un repérage précoce des symptômes d'intériorisation, en particulier dans le contexte scolaire, afin de permettre une prise en charge adaptée (Pedersen et al., 2019).

Dans l'ensemble, l'anxiété chez l'enfant peut entraîner des perturbations émotionnelles, sociales et scolaires susceptibles d'altérer le fonctionnement global et de favoriser la persistance des difficultés. Lorsque ces répercussions deviennent significatives, elles dépassent le cadre de l'anxiété normative et s'inscrivent dans celui des troubles anxieux, dont il convient désormais d'examiner les caractéristiques.

1.2 Les troubles anxieux chez l'enfant

Les troubles anxieux regroupent un ensemble de troubles caractérisés par une peur ou une anxiété excessive, associée à des perturbations comportementales. Selon le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015), la peur correspond à une réponse émotionnelle face à une menace imminente, réelle ou perçue, tandis que l'anxiété renvoie davantage à l'anticipation d'un danger futur. Bien que ces deux états se chevauchent, ils se distinguent par leurs manifestations : la peur s'accompagne plus souvent d'une activation physiologique intense liée à la fuite ou au combat, alors que l'anxiété se manifeste davantage par une tension musculaire, une vigilance accrue et des comportements d'évitement.

Dans les troubles anxieux, ces réactions deviennent excessives, persistantes et inadaptées au regard du contexte ou du stade développemental de l'enfant. Le DSM-5 souligne également que ces troubles se différencient les uns des autres par les situations ou objets qui déclenchent la peur ou l'anxiété, ainsi que par les pensées et comportements associés. Ils présentent par ailleurs un taux élevé de comorbidité entre eux et tendent à apparaître dès l'enfance, avec une tendance à persister en l'absence de prise en charge. Enfin, un diagnostic ne peut être posé que si les symptômes ne sont pas mieux expliqués par une substance, une affection médicale ou un autre trouble mental.

Afin d'offrir une vue d'ensemble, le **Tableau 2** synthétise les principaux troubles anxieux de l'enfance, leur âge d'apparition typique et leurs manifestations centrales.

Tableau 2 - Principaux troubles anxieux de l'enfant

Troubles anxieux	Âge d'apparition typique	Manifestations principales
Anxiété de séparation	7-9 ans	Peur excessive de la séparation, inquiétudes concernant la sécurité des figures d'attachement, détresse, refus scolaire
Phobie spécifique	+/- 7 ans	Peur marquée d'un objet ou d'une situation spécifique, évitement immédiat et disproportionné
Mutisme sélectif	< 5 ans	Incapacité à parler dans certaines situations sociales malgré un langage normal
Anxiété sociale	12-13 ans (augmentation à l'adolescence)	Peur du jugement, crainte d'être embarrassé, rejeté, évitement de certaines situations sociales ou de performance
Trouble panique	Adolescence	Attaques de panique récurrentes, peur de nouvelles attaques, évitement de certaines situations
Anxiété généralisée	Âge adulte (30 ans)	Inquiétude excessive et diffuse, tension, irritabilité, difficultés de concentration

Note. Certains auteurs incluent également l'agoraphobie (Denis & Baghdadli, 2016), le trouble obsessionnel-compulsif (Hill et al., 2016) et le refus scolaire anxieux (Beato et al., 2018) parmi les troubles anxieux ou les problématiques associées.

Pour commencer, l'anxiété de séparation se caractérise par la crainte excessive de l'éloignement des figures d'attachement (Beato et al., 2018 ; Denis & Baghdadli, 2016 ; Hill et al., 2016). Le DSM-5 précise que l'enfant peut craindre qu'un malheur survienne à ses proches, présenter des cauchemars centrés sur la séparation ou encore des symptômes physiques lors des séparations. Elle survient généralement entre sept et neuf ans (Beato et al., 2018 ; Denis & Baghdadli, 2016).

La phobie spécifique concerne une peur déraisonnable et persistante d'objets ou de situations définis tels que certains animaux (p. ex., chiens, araignées), les orages, les injections ou encore certaines situations comme prendre l'ascenseur ou monter en avion (Beato et al., 2018 ; Denis & Baghdadli, 2016 ; Hill et al., 2016). Le DSM-5 indique que la confrontation à la situation phobogène déclenche presque toujours une réponse immédiate de peur ou d'anxiété, disproportionnée par rapport au danger réel, et conduisant à un évitement systématique. Elle apparaît souvent vers l'âge de sept ans (Denis & Baghdadli, 2016).

L'anxiété sociale concerne les angoisses qui surviennent au cours des situations sociales, dans lesquelles l'enfant ressent la peur d'être critiqué, observé ou moqué (Beato et al., 2018 ; Denis & Baghdadli, 2016 ; Hill et al., 2016). Le DSM-5 précise que l'enfant peut exprimer cette anxiété par des pleurs, un figement ou un retrait. Elle apparaît souvent entre douze et treize ans et s'intensifie à l'adolescence (Beato et al., 2018 ; Denis & Baghdadli, 2016).

Le mutisme sélectif consiste en une impossibilité persistante à parler dans certaines situations sociales, malgré des capacités langagières normales (Beato et al., 2018 ; Denis & Baghdadli, 2016). Le DSM-5 souligne que cette incapacité interfère avec la communication sociale et la réussite scolaire. Contrairement à l'anxiété sociale, dont les manifestations concernent plus largement la peur d'être évalué négativement dans diverses interactions sociales, le mutisme sélectif se caractérise principalement par une inhibition verbale marquée dans des contextes spécifiques, comme l'école, alors que l'enfant peut parler normalement dans d'autres environnements, notamment à la maison. Il survient généralement avant cinq ans (Denis & Baghdadli, 2016).

Le trouble panique se manifeste par des attaques de panique brutales, accompagnées de symptômes physiques tels qu'une sensation d'étouffement ou une peur de mourir (Beato et al., 2018 ; Denis & Baghdadli, 2016 ; Hill et al., 2016). Le DSM-5 décrit ces attaques comme des montées soudaines de peur intense atteignant leur paroxysme en quelques minutes. Sa prévalence augmente durant l'adolescence (Beato et al., 2018 ; Denis & Baghdadli, 2016).

Enfin l'anxiété généralisée concerne une inquiétude excessive face à diverses situations quotidiennes, sans motif spécifique (Beato et al., 2018 ; Denis & Baghdadli, 2016 ; Hill et al., 2016). Le DSM-5 y associe des symptômes tels que l'agitation, la fatigabilité, la tension musculaire ou les troubles du sommeil. L'âge moyen d'apparition concerne plutôt l'adulte d'une trentaine d'années (Denis & Baghdadli, 2016).

Après avoir présenté les principales formes de troubles anxieux observées chez l'enfant et leurs caractéristiques diagnostiques, il est essentiel d'examiner leur fréquence dans la population générale afin de mieux comprendre leur importance clinique et leur impact en santé publique.

1.3 La prévalence des troubles anxieux

Les troubles anxieux constituent la catégorie de troubles mentaux la plus fréquente chez les enfants et les adolescents. Les données internationales rapportées par Rapee et al. (2023) indiquent une prévalence mondiale moyenne d'environ 6,5 %. Tandis que les études fondées sur des entretiens diagnostiques estiment qu'entre 5 et 10 % des jeunes âgés de 6 à 18 ans présentent un trouble anxieux sur une période de douze mois. La prévalence à vie avant 18 ans est, quant à elle, estimée entre 15 et 20 %. Ces variations reflètent des différences méthodologiques importantes entre les études, notamment en termes d'outils de mesure, de critères diagnostiques ou de types de troubles inclus.

La prévalence varie également selon le type de trouble. Le trouble de l'anxiété de séparation est généralement le plus fréquent chez les enfants, avec des taux compris entre 1 et 6 %, tandis que le trouble de l'anxiété sociale est davantage observé chez les adolescents, avec des estimations allant de 3 à 11 %. Le trouble de l'anxiété généralisée présente des taux plus faibles dans les études populationnelles (entre 0,5 et 4 %), alors qu'il est fréquent en clinique. Les phobies spécifiques sont les troubles anxieux les plus répandus dans la population générale, bien qu'elles soient souvent associées à un retentissement fonctionnel plus limité (Rapee et al., 2023).

Ces tendances s'accompagnent de différences marquées selon le sexe. Les troubles anxieux sont environ deux fois plus fréquents chez les filles que chez les garçons, les différences étant faibles dans la petite enfance mais apparaissant dès six ans et s'accroissant à l'adolescence. Les filles présentent davantage de troubles internalisés, tandis que les garçons présentent plus souvent des troubles externalisés (Hallers-Haalboom et al., 2020).

Enfin, les troubles anxieux présentent des niveaux élevés de comorbidité. Sur le plan des troubles anxieux eux-mêmes, il est rare qu'un enfant présente un seul trouble (Rapee et al., 2023). Sur le plan des autres catégories de troubles, ils sont fréquemment associés aux troubles dépressifs, au TDAH, au trouble oppositionnel avec provocation, ainsi qu'au trouble du spectre de l'autisme. Les jeunes présentant une comorbidité montrent généralement des symptômes plus sévères et une altération fonctionnelle plus importante. Les troubles anxieux durant l'enfance constituent également un facteur de risque pour le développement ultérieur d'autres troubles, notamment anxieux, dépressifs, alimentaires ou liés à l'usage de substances (Rapee et al., 2023).

2. Les facteurs étiologiques de l'anxiété infantile

L'étiologie de l'anxiété infantile est multifactorielle et résulte de l'interaction entre des facteurs biologiques, développementaux, psychologiques et environnementaux. Les recherches actuelles suggèrent que l'émergence des troubles anxieux ne peut être expliquée par une cause unique, mais par la combinaison de vulnérabilités individuelles et d'expériences de vie qui influencent le développement émotionnel de l'enfant.

Les sections suivantes présentent les principaux facteurs impliqués dans le développement de l'anxiété chez l'enfant.

2.1 Facteurs biologiques et développementaux

2.1.1 *Facteurs génétiques*

Les causes de l'anxiété peuvent être d'origine génétique. En effet, les enfants dont un parent souffre d'anxiété présentent un risque nettement plus élevé de développer eux-mêmes un trouble anxieux. Certaines estimations indiquent qu'ils auraient jusqu'à sept fois plus de probabilité de développer un trouble anxieux. Par ailleurs, une étude menée auprès de jumeaux indique que l'héritabilité des symptômes anxieux est estimée à environ 40 % (Hill et al., 2016).

Ces résultats soulignent l'importance des influences héréditaires dans l'émergence de l'anxiété, sans toutefois en expliquer à eux seuls la complexité développementale.

2.1.2 *Vulnérabilités biologiques*

Au-delà des facteurs génétiques, certaines caractéristiques biologiques précoces peuvent également constituer des facteurs de vulnérabilité à l'anxiété. Certains nourrissons présentent notamment un tempérament inhibé marqué, caractérisé par une forte réactivité face à la nouveauté, qu'il s'agisse de personnes, d'objets ou de situations inconnues. Ces enfants peuvent manifester de l'agitation, de la tension ou de la détresse lorsqu'ils sont confrontés à des stimuli nouveaux (Allen et al., 2023).

Les changements dans l'environnement ou les interactions sociales inhabituelles peuvent ainsi susciter des réactions particulièrement intenses, en raison d'une sensibilité accrue aux signaux internes de nouveauté. Avec le temps, cette hypersensibilité peut constituer un facteur de vulnérabilité et augmenter le risque de développer des difficultés anxieuses au cours de l'enfance (Allen et al., 2023).

2.1.3 Processus cognitifs et émotionnels

Le développement de l'anxiété chez l'enfant est influencé par différents processus cognitifs et émotionnels qui évoluent progressivement au cours de l'enfance. Ces processus interagissent entre eux et peuvent contribuer à une vulnérabilité accrue aux troubles anxieux (Allen et al., 2023).

Parmi ces processus, un biais attentionnel envers la menace peut apparaître, se traduisant par une tendance à orienter et maintenir l'attention vers des stimuli perçus comme menaçants dans l'environnement. Ce biais contribue notamment au maintien de l'inhibition comportementale et renforce la sensibilité de l'enfant aux situations perçues comme dangereuses (Allen et al., 2023 ; Fox et al., 2022).

De plus, l'interoception, c'est-à-dire la capacité à percevoir et interpréter les signaux corporels internes tels que les battements cardiaques ou la respiration, peut être associée à l'anxiété. Lorsque ces sensations corporelles sont interprétées comme des signes de menace, elles peuvent amplifier les réactions anxieuses (Allen et al., 2023).

Au fil du développement, d'autres processus émotionnels et cognitifs émergents viennent compléter ces mécanismes. La tolérance à la détresse, par exemple, renvoie à la capacité de l'enfant à faire face aux émotions négatives. Une faible tolérance peut favoriser l'utilisation de stratégies de régulation peu adaptées, telles que l'évitement ou la rumination, lesquelles peuvent renforcer les biais cognitifs et les interprétations négatives des sensations corporelles (Allen et al., 2023).

À mesure que l'enfant approche de la préadolescence, l'intolérance à l'incertitude constitue un autre facteur important. Elle correspond à la difficulté à accepter l'imprévisibilité des événements et est associée au développement de certains troubles anxieux, notamment l'anxiété généralisée et l'anxiété sociale (Sahib et al., 2023).

2.2 Facteurs sociaux et contextuels

Si les facteurs biologiques posent les bases d'une vulnérabilité, c'est l'environnement social qui détermine si cette vulnérabilité s'exprime cliniquement. Les événements de vie stressants et les pratiques parentales agissent ainsi comme des modérateurs cruciaux dans le développement de l'anxiété infantile (Platt et al., 2015).

2.2.1 Événements de vie stressants et traumatiques

Les événements de vie stressants constituent des facteurs de risque majeurs dans le développement des troubles anxieux chez l'enfant. Lorsqu'elles sont vécues comme imprévisibles,

incontrôlables ou menaçantes, ces expériences peuvent perturber durablement l'équilibre émotionnel et cognitif. La littérature met en évidence que des situations telles que le deuil, la séparation parentale, le harcèlement scolaire ou encore les traumatismes infantiles augmentent significativement la vulnérabilité anxieuse (McLaughlin et al., 2012 ; Karhina et al., 2023 ; Platt et al., 2015).

Parmi ces événements, le deuil et la séparation parentale représentent des ruptures particulièrement marquantes dans le vécu de l'enfant. Ces expériences impliquent souvent une perte de repères affectifs et peuvent fragiliser le sentiment de sécurité. Lorsqu'elles surviennent précocement et en l'absence d'un soutien émotionnel adéquat, elles peuvent favoriser l'apparition d'une anxiété de séparation. L'enfant peut également développer certaines cognitions dysfonctionnelles, notamment un sentiment de culpabilité ou de responsabilité injustifiée face à la situation (Karhina et al., 2023).

Le harcèlement scolaire constitue également une source de stress chronique dont les conséquences peuvent être importantes. L'exposition répétée aux moqueries, à l'exclusion ou aux violences physiques et psychologiques peut engendrer une perception accrue de menace dans les interactions sociales. Ce climat d'insécurité est susceptible d'entraîner un retrait social, une altération de l'estime de soi ainsi qu'une peur persistante du jugement d'autrui. À long terme, ces expériences peuvent contribuer au développement d'une anxiété sociale, voire d'une phobie scolaire (McLaughlin et al., 2012).

Au-delà de la nature spécifique des événements vécus, ces expériences stressantes peuvent influencer le développement de l'anxiété en modifiant la manière dont l'enfant perçoit et interprète son environnement. Elles peuvent notamment favoriser une tendance à anticiper des issues négatives et à percevoir les situations comme plus menaçantes, contribuant ainsi au maintien de la symptomatologie anxieuse (Platt et al., 2015).

Cependant, l'impact des événements stressants n'est pas uniforme et dépend en partie du contexte relationnel et familial dans lequel évolue l'enfant. Les interactions avec les figures parentales jouent notamment un rôle important dans la manière dont l'enfant interprète et régule ces expériences stressantes (Platt et al., 2015).

2.2.2 Influence parentale sur l'anxiété de l'enfant

2.2.2.1 Styles parentaux et qualité de la relation

Les pratiques éducatives et le climat relationnel au sein de la famille constituent des éléments importants dans la compréhension du développement de l'anxiété chez l'enfant. Les styles parentaux

influencent notamment la manière dont l'enfant interprète les situations stressantes et développe ses stratégies de régulation émotionnelle (Möller et al., 2016).

Le style parental apparaît comme un facteur modérateur central dans le développement de l'anxiété infantile. Une parentalité surprotectrice, caractérisée par un contrôle excessif et une limitation des expériences d'autonomie, peut restreindre le développement des compétences d'adaptation de l'enfant, en réduisant les occasions d'apprentissage de stratégies de coping adaptées et en renforçant la perception de menace (Möller et al., 2016 ; Platt et al., 2015). Möller et al. (2016) soulignent que la surprotection parentale est significativement associée à l'anxiété dans la petite enfance. Durant cette période, les comportements parentaux excessivement prudents peuvent maintenir ou exacerber l'anxiété de l'enfant. À l'inverse, ces auteurs indiquent que le surcontrôle parental n'apparaît pas encore comme un facteur significatif à cet âge, son impact devenant plus marqué lorsque les enfants grandissent.

De manière similaire, un style parental anxieux, marqué par une inquiétude excessive concernant la sécurité et le bien-être de l'enfant, peut contribuer à amplifier la perception du danger. Ainsi, l'expression répétée d'une inquiétude parentale peut être interprétée par l'enfant comme un indicateur de menace. L'enfant peut alors internaliser cette vision du monde comme imprévisible et menaçante, ce qui accentue sa vulnérabilité au stress et à l'anxiété (Platt et al., 2015).

Enfin, la qualité de la relation parent-enfant joue également un rôle déterminant dans le développement des capacités de régulation émotionnelle. Un manque de soutien émotionnel, des critiques excessives ou un rejet peuvent limiter ces capacités et contribuer à une vulnérabilité accrue aux troubles anxieux (Platt et al., 2015).

2.2.2.2 Croyances parentales face à l'anxiété

Les croyances parentales désignent les représentations et attentes que les parents développent à propos des émotions, comportements et besoins de leur enfant. Elles constituent un cadre cognitif à travers lequel les parents perçoivent, interprètent et évaluent les réactions émotionnelles de l'enfant, influençant ainsi leurs réponses éducatives et émotionnelles au quotidien. Dans le contexte de l'anxiété infantile, ces croyances concernent notamment la perception de l'anxiété de l'enfant, le rôle parental, les conséquences attribuées à l'anxiété ainsi que l'interprétation des peurs infantiles (Johnco et al., 2022).

Une première dimension concerne la manière dont les parents réagissent émotionnellement à l'anxiété de leur enfant. Les parents présentant un niveau élevé d'anxiété tendent à surestimer les

dangers potentiels, à anticiper davantage de conséquences négatives et à adopter une vigilance accrue face aux signaux émotionnels de leur enfant. Cette sensibilité accrue peut renforcer la perception de menace et conduire le parent à intervenir rapidement afin de réduire la détresse de l'enfant (Friedman et al., 2023).

Au-delà de cette réactivité émotionnelle, certaines croyances concernent plus spécifiquement le rôle parental. Certains parents considèrent qu'être un « bon parent » implique de protéger activement son enfant de toute forme de détresse émotionnelle. Cette conception peut s'accompagner d'un sentiment de responsabilité accru face aux réactions émotionnelles de l'enfant, les parents estimant devoir contrôler ou limiter l'expression de son anxiété. Certaines manifestations anxieuses de l'enfant peuvent également être perçues comme un reflet des compétences parentales. Certains parents peuvent ainsi interpréter l'anxiété de leur enfant comme un indicateur d'échec ou d'insuffisance dans leur rôle éducatif, renforçant leur besoin d'intervenir pour réduire rapidement sa détresse (Apetroaia et al., 2015).

Par ailleurs, certains parents développent des croyances plus catastrophiques concernant l'anxiété de leur enfant. Certaines caractéristiques de l'enfant, telles que la timidité ou l'inhibition, peuvent également renforcer chez les parents une perception accrue de vulnérabilité, favorisant des réponses protectrices ou d'évitement (Venard et al., 2021). Ils peuvent considérer l'anxiété comme dangereuse, intolérable ou susceptible d'avoir des conséquences graves sur le développement de l'enfant. Dans ce contexte, les parents peuvent chercher à réduire rapidement l'anxiété en limitant l'exposition de l'enfant aux situations perçues comme stressantes ou en intervenant directement afin d'atténuer son inconfort (Johnco et al., 2022).

Les parents diffèrent également dans leur manière d'interpréter les peurs infantiles. Certains considèrent les peurs de l'enfant comme des manifestations développementales normales et transitoires, tandis que d'autres les perçoivent comme le signe d'un problème nécessitant une intervention immédiate (Johnco et al., 2022). Ces représentations influencent la manière dont les parents réagissent face aux manifestations anxieuses de leur enfant.

Ces croyances orientent différentes réponses éducatives face à l'anxiété de l'enfant. L'accommodation parentale constitue un mécanisme central. Elle désigne l'ensemble des comportements par lesquels les parents modifient leur conduite ou l'environnement afin de réduire la détresse de l'enfant. Bien que ces ajustements soient généralement motivés par une intention de protection, ils limitent les possibilités pour l'enfant de développer des stratégies d'adaptation efficaces et renforcent négativement l'anxiété (Friedman et al., 2023). En cohérence avec les

croyances précédemment décrites, la surprotection parentale s'inscrit également parmi ces stratégies éducatives. Définie comme un niveau de protection excessif par rapport aux besoins développementaux de l'enfant, elle peut se traduire par une tendance à anticiper les dangers, intervenir à la place de l'enfant ou limiter ses expériences (Venard et al., 2021). Selon Möller et al. (2016), la surprotection peut agir comme un signal implicite indiquant que l'environnement est dangereux, contribuant ainsi à renforcer la perception de menace et à diminuer le sentiment de contrôle de l'enfant. Les réponses parentales peuvent également transmettre implicitement ou explicitement des messages de menace, notamment par la modélisation de comportements anxieux ou la communication répétée de dangers potentiels (Friedman et al., 2023).

Ces différentes dimensions des croyances parentales apparaissent ainsi comme des facteurs importants dans la compréhension des réponses éducatives face à l'anxiété infantile et justifient l'intérêt de leur évaluation dans le cadre de la présente étude.

3. Le Parental Beliefs about Anxiety Questionnaire (PBA-Q)

Dans ce contexte, de nombreuses recherches ont mis en évidence le rôle des croyances parentales dans le développement et le maintien de l'anxiété infantile. Afin d'évaluer ces cognitions de manière spécifique, Francis et Chorpita (2010) ont développé le *Parental Beliefs about Anxiety Questionnaire* (PBA-Q), un outil visant à mesurer les croyances des parents concernant l'anxiété de leur enfant. Cet instrument répond à un double objectif : (1) mieux comprendre les mécanismes cognitifs parentaux impliqués dans l'anxiété de l'enfant et (2) identifier des cibles d'intervention clinique.

La majorité des études antérieures s'appuyait principalement sur des observations comportementales, souvent coûteuses et difficiles à mettre en œuvre, avec une validité convergente limitée. Le PBA-Q a ainsi été conçu pour proposer une mesure standardisée des croyances parentales, en se distinguant des outils existants par son centrage sur les cognitions spécifiques liées à un enfant en particulier plutôt que sur les pratiques éducatives générales (Francis & Chorpita, 2010).

L'élaboration du questionnaire a d'abord conduit à une version initiale de 44 items, réduite à 22 après révisions par des experts. À la suite d'un pré-test auprès de 35 familles, 17 items ont finalement été retenus. Une validation ultérieure menée auprès de 103 parents a montré une bonne consistance interne ($\alpha = .81$) ainsi qu'une homogénéité satisfaisante entre les items ($r = .20$). Des corrélations positives ont également été observées avec d'autres instruments cliniques, tels que l'EDAS-21, le CBCL et le RCADS, soutenant la validité convergente de l'outil (Francis & Chorpita, 2010).

L'analyse factorielle exploratoire a permis d'identifier quatre dimensions principales des croyances parentales liées à l'anxiété. La première dimension, l'anxiété du parent face à l'anxiété de l'enfant, renvoie à la détresse et à l'inquiétude ressenties par le parent face aux manifestations anxieuses de son enfant, associées à une perception accrue de menace. La deuxième dimension, les croyances catastrophiques, se caractérise par une tendance à anticiper des conséquences négatives ou graves liées à l'anxiété de l'enfant, pouvant conduire à des réponses parentales de protection ou d'évitement. La troisième dimension, les croyances concernant les peurs infantiles, reflète la manière dont les parents comprennent le caractère développemental des peurs de leur enfant et interprètent ces dernières. Enfin, la quatrième dimension, la croyance d'être un « bon parent », correspond à l'idée que le parent doit protéger son enfant de toute forme de détresse, ce qui peut favoriser une implication accrue dans la régulation émotionnelle de l'enfant (Francis & Chorpita, 2010).

3.1 Intérêt clinique du PBA-Q

Les résultats issus du PBA-Q mettent en évidence une association entre les croyances parentales relatives à l'anxiété, les interprétations de la menace et les symptômes anxieux chez l'enfant (Francis & Chorpita, 2010).

Dans cette perspective, l'implication des parents apparaît comme un élément central dans la prise en charge de l'anxiété infantile. Les interventions peuvent notamment inclure des démarches de psychoéducation visant à améliorer la compréhension de l'anxiété et à favoriser une reconnaissance plus adaptée de ses manifestations (Beato et al., 2018 ; Stassart et al., 2017).

Par ailleurs, certaines approches thérapeutiques ciblent directement les croyances parentales, notamment celles liées à la responsabilité parentale, à la perception de la menace ou à la gestion de l'anxiété. Ces interventions visent à modifier les croyances dysfonctionnelles, à réduire les comportements parentaux anxieux et à favoriser le développement de l'autonomie émotionnelle de l'enfant (Allen et al., 2023 ; Apetroaia et al., 2015 ; Beato et al., 2018 ; Denis & Baghdadli, 2016 ; Johnco et al., 2022 ; Platt et al., 2015).

Ainsi, le PBA-Q constitue un outil pertinent en contexte clinique, permettant d'identifier les croyances parentales susceptibles de contribuer au maintien de l'anxiété de l'enfant et d'orienter les interventions thérapeutiques (Francis & Chorpita, 2010).

OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

1. Question de recherche

“La version française du Parental Beliefs about Anxiety Questionnaire (PBA-Q) présente-t-elle des propriétés psychométriques satisfaisantes auprès de parents d’enfants âgés de 8 à 13 ans, notamment en termes de consistance interne, de validité convergente et de validité prédictive ?”

2. Hypothèses

Dans le cadre de la validation préliminaire de la version française du *Parental Beliefs about Anxiety Questionnaire* (PBA-Q), plusieurs hypothèses ont été formulées sur la base des propriétés psychométriques de la version originale (Francis & Chorpita, 2010) ainsi que de la littérature portant sur les cognitions parentales liées à l’anxiété de l’enfant.

Compte tenu de la taille de l’échantillon, la structure factorielle proposée dans la version originale anglophone est retenue comme cadre de référence pour l’interprétation des scores. L’examen de la structure factorielle de la version française fera l’objet d’une étape ultérieure de validation reposant sur un échantillon de plus grande taille.

2.1 Hypothèse 1 : la consistance interne

La consistance interne du PBA-Q, définie comme le degré d’homogénéité des items composant l’échelle (Cronbach, 1951), sera évaluée pour la version française.

En référence aux propriétés de la version originale de Francis et Chorpita (2010), qui présentait un alpha de Cronbach de .81, nous postulons que la version française affichera des indices de fidélité satisfaisants ($\alpha \geq .70$) pour le score global ainsi que pour chacun des sous-facteurs.

2.2 Hypothèse 2 : la validité convergente

La validité convergente consiste à examiner dans quelle mesure un instrument est associé à d’autres mesures évaluant des construits théoriquement proches.

Premièrement, nous faisons l’hypothèse que le score total du PBA-Q sera positivement corrélé à celui du *Parent Sensitivity to Child Anxiety Index* (PSCAI), dans la mesure où ces deux instruments évaluent des cognitions parentales étroitement liées à l’anxiété de l’enfant. Plus précisément, le PSCAI

mesure la sensibilité émotionnelle et la réactivité du parent face aux manifestations anxieuses de son enfant, tandis que le PBA-Q évalue des croyances plus générales concernant la nature, la dangerosité et les conséquences de l'anxiété infantile. Bien que ces construits soient distincts, ils relèvent d'un même cadre conceptuel, ce qui justifie l'attente d'une corrélation positive d'intensité modérée à forte entre les deux mesures. En complément, des corrélations seront également examinées entre le score total du PSCAI et chacun des quatre sous-facteurs du PBA-Q, afin d'explorer les dimensions des croyances parentales les plus étroitement associées à la sensibilité du parent face à l'anxiété de son enfant.

Deuxièmement, nous faisons l'hypothèse d'une corrélation positive entre les scores du PBA-Q et ceux de l'*Anxiety Sensitivity Index-Revised* (ASI-R). En effet, la sensibilité à l'anxiété du parent, définie comme la tendance à interpréter les sensations anxieuses comme dangereuses, pourrait influencer la manière dont celui-ci perçoit et interprète les manifestations anxieuses de son enfant. Ainsi, une plus grande sensibilité à l'anxiété devrait être associée à des croyances parentales plus négatives concernant l'anxiété de l'enfant.

Troisièmement, nous faisons l'hypothèse que les scores du PBA-Q seront positivement corrélés aux dimensions anxiété, stress et, dans une moindre mesure, dépression de l'*Échelle Dépression Anxiété Stress* (EDAS-21). Des associations plus marquées sont attendues avec les dimensions « anxiété » et « stress », tandis qu'une association plus modérée est anticipée avec la dimension « dépression ».

Dans l'ensemble, ces associations attendues devraient soutenir la validité convergente du PBA-Q en montrant qu'il est associé, de manière cohérente, à des construits théoriquement proches tout en conservant sa spécificité. L'interprétation de l'intensité des coefficients de corrélation s'appuiera sur les recommandations de Cohen (1988), selon lesquelles des coefficients d'environ .10, .30 et .50 correspondent respectivement à des effets faibles, moyens et forts.

2.3 Hypothèse 3 : la validité prédictive

La validité prédictive du PBA-Q sera examinée à partir de ses associations avec différentes mesures de l'anxiété de l'enfant.

Sur la base des modèles cognitifs et développementaux de l'anxiété, nous faisons l'hypothèse que des niveaux plus élevés de croyances parentales négatives seront associés à des niveaux plus

élevés d'anxiété chez l'enfant, évalués à l'aide de mesures auto-rapportées (STAIC et CASI) ainsi que par l'évaluation parentale (CBCL).

Nous faisons également l'hypothèse que les croyances parentales mesurées par le PBA-Q contribueront significativement à la prédiction des symptômes anxieux de l'enfant.

Enfin, nous nous attendons à ce que les associations observées soient plus marquées avec les dimensions internalisées qu'avec les dimensions externalisées de la CBCL, ce qui soutiendrait la spécificité des croyances parentales vis-à-vis de la symptomatologie anxieuse.

2.4 Analyses complémentaires : effet de genre du parent

Des analyses complémentaires seront réalisées afin d'examiner l'existence d'éventuelles différences dans les croyances parentales relatives à l'anxiété de l'enfant selon le genre du parent.

À cette fin, les scores obtenus au PBA-Q seront comparés entre les mères et les pères, tant pour le score global que pour les quatre sous-facteurs du questionnaire.

Compte tenu du caractère exploratoire de cette analyse, aucune hypothèse directionnelle spécifique n'est formulée.

2.5 Analyses complémentaires : effet de genre de l'enfant

Des analyses complémentaires seront également réalisées afin d'examiner l'existence d'éventuelles différences selon le genre de l'enfant.

Dans un premier temps, les scores obtenus aux quatre sous-facteurs du PBA-Q seront comparés selon que le parent rapporte les comportements d'une fille ou d'un garçon.

Dans un second temps, des comparaisons seront également réalisées sur les mesures des difficultés émotionnelles et comportementales rapportées par les parents (CBCL) ainsi que sur les mesures d'anxiété auto-rapportées par les enfants (STAIC et CASI), afin d'explorer d'éventuelles différences selon le genre de l'enfant.

Compte tenu du caractère exploratoire de ces analyses, aucune hypothèse directionnelle spécifique n'est formulée.

3. Objectifs et intérêts de la recherche

L'objectif principal de cette étude est d'examiner les propriétés psychométriques de la version française du *Parental Beliefs about Anxiety Questionnaire* (PBA-Q), notamment sa consistance interne, sa validité convergente et sa validité prédictive. Plus spécifiquement, cette recherche vise à

évaluer dans quelle mesure le PBA-Q constitue un outil fiable pour mesurer les croyances parentales concernant l'anxiété de l'enfant dans un contexte francophone.

L'intérêt de cette étude est multiple. Sur le plan méthodologique, elle contribue à documenter les propriétés psychométriques de la version française du PBA-Q, répondant ainsi au manque d'outils disponibles en langue française pour l'évaluation des cognitions parentales liées à l'anxiété infantile. En effet, bien que de nombreuses échelles existent pour mesurer l'anxiété des parents ou celle des enfants, peu d'instruments permettent d'examiner spécifiquement les croyances des parents concernant l'anxiété de leur enfant.

Sur le plan théorique, cette recherche contribue à une meilleure compréhension des modèles explicatifs de l'anxiété infantile en explorant les liens entre les croyances parentales, la sensibilité à l'anxiété (ASI-R) et la détresse psychologique générale du parent. Elle permet notamment d'examiner si ces croyances constituent une dimension spécifique du fonctionnement cognitif parental ou si elles reflètent une vulnérabilité anxieuse plus générale.

Enfin, sur le plan clinique, cette étude présente un intérêt particulier en examinant la convergence entre différentes sources d'information concernant l'anxiété de l'enfant. En confrontant des mesures auto-rapportées (STAIC, CASI) et hétéro-rapportées (CBCL), elle permet d'explorer l'influence des croyances parentales sur la perception des difficultés de l'enfant. Ces résultats pourraient ainsi contribuer à améliorer les pratiques d'évaluation et de prise en charge en soulignant l'importance d'une approche multi-informateurs dans l'évaluation de l'anxiété infantile.

MÉTHODOLOGIE

1. Population

L'échantillon se compose de 102 parents ayant au moins un enfant âgé de 8 à 13 ans, dont 67 femmes (65,7%) et 35 hommes (34,3%), avec un âge moyen de 41,1 ans ($ET = 7,90$; 40,7 ans chez les femmes et 41,7 ans chez les hommes).

Des données ont également été recueillies via 61 questionnaires-enfants, ce nombre ne correspondant pas nécessairement à 61 enfants distincts puisque certains peuvent être représentés deux fois lorsque les deux parents d'un couple ont participé ; ces questionnaires concernaient 34 filles (55,7%) et 27 garçons (44,3%), avec un âge moyen de 10,4 ans ($ET = 1,74$; 10,4 ans chez les filles et 10,3 ans chez les garçons).

Les critères d'inclusion exigeaient que les parents aient au moins un enfant de 8 à 13 ans et parlent couramment le français, les enfants participants devant appartenir à la même tranche d'âge et avoir au moins un parent participant à l'étude ; les critères d'exclusion portaient sur les troubles psychiatriques sévères, le handicap intellectuel et le trouble du spectre autistique.

2. Considérations éthiques

L'accord du Comité éthique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation (FPLSE) a été obtenu le 07/11/2025 (**annexe 8**). Trois formulaires de consentement distincts étaient utilisés, destinés respectivement aux participants adultes (**annexe 5**) aux parents (**annexe 7**) et aux enfants eux-mêmes (**annexe 6**). La participation était volontaire, avec droit de retrait à tout moment sans justification ni conséquence négative, et une assurance couvrait d'éventuels dommages liés à l'étude.

La confidentialité était assurée par un code anonyme attribué à chaque participant; les données anonymisées pouvaient être conservées indéfiniment après destruction de la clé de codage, tandis que les données à caractère personnel n'étaient conservées que quatre ans maximum, dans un lieu sécurisé distinct des données codées, l'accès étant limité aux étudiants porteurs du projet et au chercheur responsable.

3. Procédures

Le recrutement a débuté en novembre 2025 via les réseaux sociaux, l'affichage dans des lieux fréquentés par des familles (**annexe 7**) et le bouche-à-oreille auprès de l'entourage des chercheuses et sur leur lieu de stage ; à partir de janvier 2026, il s'est étendu au milieu scolaire dans plusieurs écoles de la région liégeoise, les enseignants distribuant un talon-réponse permettant aux parents intéressés de se signaler après accord des directions.

La passation s'est déroulée du 19 novembre 2025 au 28 avril 2026, au domicile des participants, en une seule séance, après signature des formulaires de consentement.

Les parents ont complété seuls six questionnaires (**annexe 3**) en 40 à 50 minutes, avec possibilité de pause ou d'interruption, et sans accès aux réponses de l'autre parent lorsque les deux participaient. La participation des enfants, facultative, consistait en trois questionnaires (**annexe 4**) complétés en 15 à 20 minutes en présence de la chercheuse, avec explications, réassurance sur la confidentialité et possibilité de pause ou d'arrêt à tout moment.

4. Outils de mesure

4.1 Questionnaires – parents

4.1.1 *Questionnaire sociodémographique adulte*

Le questionnaire sociodémographique adulte recueille l'âge, le sexe, la profession, le type de résidence, la composition du foyer ainsi que les antécédents médicaux du participant et de l'entourage de l'enfant.

4.1.2 *The Parental Beliefs about Anxiety Questionnaire (PBA-Q) de Francis et Chorpita (2010)*

Le *Parental Beliefs About Anxiety Questionnaire* (PBA-Q ; Francis & Chorpita, 2010) évalue les croyances parentales relatives à l'anxiété de l'enfant à travers 17 items répartis en quatre dimensions : (1) l'anxiété du parent face à celle de l'enfant, (2) les croyances catastrophiques sur l'anxiété de l'enfant, (3) les croyances sur les peurs infantiles et (4) la croyance d'être un bon parent.

Dans la version originale, les réponses sont cotées sur une échelle Likert en 4 points (0 à 3), pour un score total de 0 à 51, les items 6 et 14 étant inversés ; un score élevé traduit des croyances plus anxieuses et catastrophiques (Francis & Roemhild, 2021). L'étude de validation initiale rapporte une bonne validité de construit et une cohérence interne élevée ($\alpha = .81$). La version française utilisée ici conserve les 17 items mais emploie une échelle Likert en 4 points (1 à 4), pour un score total de

17 à 68 ; l'ensemble des items a été recodé pour un sens de cotation cohérent avec l'original, et les items 6 et 14 ont été inversés conformément aux consignes originales.

4.1.3 *The Parent Sensitivity to Child Anxiety Index (PSCAI) de Wissemann et al. (2018)*

Le *Parent Sensitivity to Child Anxiety Index* (PSCAI ; Wissemann et al., 2018) évalue la manière dont les parents identifient, comprennent et répondent aux manifestations anxieuses de leur enfant.

La version à 18 items a été utilisée ici, cotée sur une échelle Likert en 5 points (0 à 4), pour un score total de 0 à 72, un score élevé traduisant une sensibilité parentale accrue. Elle présente une bonne cohérence interne ($\alpha > .80$) et une validité convergente démontrée avec l'anxiété-trait parentale et le soutien parental (Wissemann et al., 2018).

4.1.4 *Child Behavior CheckList (CBCL) de Achenbach (1991)*

Le *Child Behavior Checklist* (CBCL ; Achenbach, 1991) est un questionnaire hétéro-rapporté évaluant les difficultés émotionnelles, comportementales et sociales de l'enfant sur les six derniers mois, à travers 113 items cotés sur une échelle Likert en 3 points (0 à 2), pour un score total de 0 à 226, un score élevé reflétant davantage de difficultés. Les items forment plusieurs sous-échelles (anxiété/dépression, plaintes somatiques, attention, agressivité, retrait, difficultés sociales, troubles de la pensée, comportements délinquants, entre autres) ainsi que des scores composites internalisé et externalisé. L'instrument présente une cohérence interne élevée ($\alpha = .83$ à $.94$). La version française belge du CBCL présente également une bonne consistance interne, avec des coefficients alpha de Cronbach compris entre $.84$ et $.94$ (Braet et al., 2011).

4.1.5 *Anxiety Sensitivity Index-Revised (ASI-R) de Taylor et Cox (1998)*

L'*Anxiety Sensitivity Index-Revised* (ASI-R ; Taylor & Cox, 1998) évalue la peur des sensations associées à l'anxiété à travers 36 items répartis en quatre dimensions : croyances sur les conséquences néfastes des sensations somatiques, peur des manifestations anxieuses publiques, peur du dysfonctionnement cognitif et peur des sensations somatiques sans conséquence explicite. Les items sont cotés sur une échelle Likert en 5 points (0 à 4), pour un score total de 0 à 144, un score élevé traduisant une sensibilité accrue. L'instrument présente une excellente cohérence interne ($\alpha = .90$ à $.95$) ainsi qu'une validité convergente et discriminante démontrée (Deacon et al., 2003 ; Francis & Roemhild, 2021). Une version française de l'ASI-R a fait l'objet d'une validation préliminaire auprès de 701 étudiants universitaires français non cliniques. Cette version présente une bonne consistance interne, avec un alpha de Cronbach de $.91$ pour le score total, de $.88$ pour la dimension

des sensations physiques et de .83 pour la dimension des sensations sociales-cognitives (Bouvard et al., 2003).

4.1.6 *Échelle de Dépression, d'Anxiété et de Stress (EDAS-21) de Ramasawmy (2015)*

L'*Échelle de Dépression, d'Anxiété et de Stress-21* (EDAS-21) est la version française de la *Depression Anxiety Stress Scales-21* (DASS-21 ; Lovibond & Lovibond, 1995), version abrégée à 21 items de l'instrument original à 42 items. Elle comprend trois sous-échelles de sept items chacune évaluant respectivement la dépression, l'anxiété et le stress. Les items sont cotés sur une échelle de Likert en quatre points (0 à 3), pour un score total de 0 à 63, un score élevé indiquant une symptomatologie plus importante. La traduction française a fait l'objet d'une validation par Ramasawmy (2015). La consistance interne est satisfaisante, avec des coefficients alpha de Cronbach de .79 pour la dépression, .72 pour l'anxiété et .78 pour le stress (Ramasawmy, 2015).

4.2 Questionnaires – enfants

4.2.1 *Questionnaire sociodémographique enfant*

Le questionnaire sociodémographique enfant recueille l'âge, le sexe et l'année de scolarité, ainsi que des informations détaillées sur les antécédents médicaux (maladies chroniques ou sévères, problèmes respiratoires ou cardiaques, accidents, opérations, hospitalisations) et sur d'éventuels suivis spécifiques en logopédie ou en psychologie, avec leurs motifs.

4.2.2 *State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) de Spielberger et Edwards (1973)*

Le *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (STAIC ; Spielberger et Edwards, 1973) comprend deux sous-échelles, l'anxiété d'état (STAIC-S) et l'anxiété de trait (STAIC-T), seule cette dernière ayant été utilisée dans la présente étude. Elle comprend 20 items cotés sur une échelle Likert en 3 points, pour un score total de 20 à 60, un score élevé indiquant un niveau d'anxiété de trait plus important. La version française, validée par Turgeon et Chartrand (2003), présente une cohérence interne satisfaisante ($\alpha = .77$)

4.2.3 *Childhood Anxiety Sensitivity Index-Revised (CASI) de Silverman et al. (1991)*

Le *Childhood Anxiety Sensitivity Index* (CASI ; Silverman et al., 1991) évalue la peur des sensations physiques, cognitives et sociales associées à l'anxiété chez l'enfant, à travers 18 items cotés sur une échelle Likert en 3 points, pour un score total de 18 à 54, un score élevé indiquant une sensibilité accrue (Lehrbach et al., 2023). La version française, validée par Stassart et Étienne (2014) auprès d'enfants belges de 9 à 13 ans, confirme une structure à quatre dimensions (préoccupations

physiques, mentales, sociales et liées à la perte de contrôle) ainsi qu'une bonne cohérence interne (α = .82).

ANALYSE DES DONNÉES

1. Plan d'analyse statistique

Les analyses ont été réalisées avec Jamovi (version 2.3.21), avec un seuil de significativité fixé à $p < .05$. Des analyses descriptives ont d'abord permis de caractériser l'échantillon et d'examiner la distribution des variables, dont la normalité a été testée via Shapiro-Wilk et une inspection visuelle ; le non-respect de la normalité pour plusieurs variables a conduit à privilégier des tests non paramétriques lorsque nécessaire.

La consistance interne du PBA-Q (version française) a été évaluée par l'alpha de Cronbach, pour le score global et les quatre sous-échelles issues de la structure originale de Francis et Chorpita, avec examen des corrélations item-total corrigées ; les items 6 et 14 ont été recodés au préalable (inversion de score).

La validité convergente a été testée par des corrélations de Spearman entre le PBA-Q (total et sous-facteurs) et des mesures théoriquement proches (PSCAI, ASI-R, dimensions Stress/Anxiété/Dépression de l'EDAS-21), interprétées selon les critères de Cohen (1988).

La validité prédictive a été examinée en deux temps : d'abord par des corrélations de Spearman et régressions linéaires simples entre le score global du PBA-Q et les mesures d'anxiété de l'enfant (CBCL, STAIC, CASI, incluant les dimensions internalisée et externalisée de la CBCL) ; puis par des corrélations bivariées et régressions linéaires multiples intégrant simultanément les quatre sous-facteurs du PBA-Q comme prédicteurs, avec examen de la significativité globale, du R^2 , des β standardisés et des VIF pour chaque modèle.

Enfin, l'effet du genre du parent et de l'enfant sur les scores du PBA-Q (global puis sous-facteurs) et sur les mesures de symptomatologie de l'enfant (CBCL, STAIC, CASI) a été analysé à l'aide de tests paramétriques (t de Student, t de Welch) ou non paramétriques (Mann-Whitney), selon les postulats statistiques respectés.

2. Analyses descriptives

2.1 Analyses descriptives des échelles de mesure

2.1.1 *Questionnaires complétés par les parents*

Les statistiques descriptives des questionnaires complétés par les parents sont présentées dans le **Tableau 3**. Le score moyen obtenu au *Parental Beliefs About Anxiety Questionnaire* (PBA-Q) est de 41.30 ($ET = 6.82$). Ce score apparaît comparable à celui rapporté par Friedman et al. (2023) ($M =$

42.68 ; $ET = 8.00$), bien que cette comparaison doive être interprétée avec prudence compte tenu des différences entre les échantillons. À notre connaissance, aucune donnée de référence n'est disponible pour les quatre sous-facteurs du PBA-Q.

Le score moyen au *Parent Sensitivity to Child Anxiety Index* (PSCAI) est de 13.70 ($ET = 9.55$), inférieur à celui rapporté par Wissemann et al. (2018) dans leur étude de validation ($M = 18.06$; $ET = 6.59$). Le score moyen à l'*Anxiety Sensitivity Index-Revised* (ASI-R) est de 27.00 ($ET = 23.60$), comparable à celui observé par Deacon et al. (2003) dans un échantillon non clinique ($M = 25.70$; $ET = 19.60$).

Le score total à l'*Échelle Dépression Anxiété Stress* (EDAS-21) est de 13.80 ($ET = 11.20$). Les scores moyens sont respectivement de 7.28 ($ET = 4.74$) pour le stress, 2.68 ($ET = 3.58$) pour l'anxiété et 3.86 ($ET = 4.72$) pour la dépression. Ces valeurs sont inférieures à celles rapportées par Ramasawmy (2015) dans le cadre de la validation française de l'échelle (stress = 14.10 ; anxiété = 11.10 ; dépression = 13.20). Ces comparaisons doivent toutefois être interprétées avec prudence en raison des différences entre les échantillons et les contextes d'étude.

L'examen de la normalité à l'aide du test de Shapiro-Wilk indique que le score total du PBA-Q ($W = .976$, $p = .059$), le facteur 1 ($W = .977$, $p = .074$) et le facteur 2 ($W = .980$, $p = .125$) ne s'écartent pas significativement d'une distribution normale. En revanche, l'ensemble des autres variables présente une distribution significativement différente de la normalité ($p < .05$). Les analyses corrélationnelles ont dès lors été réalisées à l'aide du coefficient de corrélation de Spearman.

Tableau 3 - *Statistiques descriptives des questionnaires complétés par les parents*

Variable	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	Min	Max	<i>W</i> de Shapiro- Wilk	<i>p</i>
PBA-Q	102	41.30	6.82	28	60	.976	.059
Facteur 1	102	15.10	3.30	8	23	.977	.074
Facteur 2	102	13.00	3.11	6	23	.980	.125
Facteur 3	102	5.63	1.02	2	8	.908	< .001
Facteur 4	102	7.66	1.53	4	12	.958	.003
PSCAI	102	13.70	9.55	0	48	.916	< .001
ASI-R	102	27.00	23.6	0	105	.874	< .001
EDAS-21	102	13.80	11.2	0	50	.888	< .001

EDAS-21 Stress	102	7.28	4.74	0	19	.967	.012
EDAS-21 Anxiété	102	2.68	3.58	0	17	.974	< .001
EDAS-21 Dépression	102	3.86	4.72	0	21	.781	< .001

Note. *M* = moyenne ; *ET* = écart-type ; Min. = minimum ; Max. = maximum.

2.1.2 Mesures relatives à l'enfant

Les statistiques descriptives des mesures relatives à l'enfant sont présentées dans le **Tableau 4**. Le score moyen au *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (STAIC) ($M = 36.6$, $ET = 7.95$) est comparable aux valeurs normatives de Spielberger et Edwards (1973) ($M = 37.3$, $ET = 6.5$), de même que le score au *Childhood Anxiety Sensitivity Index* (CASI) ($M = 30.2$, $ET = 7.78$) par rapport aux données de Stassart et Etienne (2014) ($M = 29.5$, $ET = 5.7$).

Le score moyen à la *Child Behavior Checklist* (CBCL) ($M = 31.5$, $ET = 19.4$) est rapporté en scores bruts : les scores de la CBCL étant normalement interprétés à partir de T-scores normés selon l'âge et le sexe de l'enfant, une comparaison directe avec les données normatives n'est pas possible. Les scores bruts ont néanmoins été conservés pour les analyses corrélationnelles et de régression, conformément aux pratiques usuelles en recherche.

Les scores à la CBCL, au STAIC et au CASI s'écartant tous significativement de la normalité, les analyses les impliquant ont été réalisées à l'aide de méthodes non paramétriques lorsque les conditions d'application des analyses paramétriques n'étaient pas réunies.

Tableau 4 - *Statistiques descriptives des mesures relatives à l'enfant*

Variable	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	Min	Max	<i>W</i> de Shapiro- Wilk	<i>p</i>
CBCL	102	31.50	19.4	1	81	.950	< .001
STAIC	61	36.60	7.95	24	56	.960	.040
CASI	61	30.02	7.78	18	54	.910	< .001

Note. *M* = moyenne ; *ET* = écart-type ; Min. = minimum ; Max. = maximum.

3. Résultats

3.1 Hypothèse 1 : Consistance interne

Conformément à l'hypothèse 1, la consistance interne de la version française du *Parental Beliefs About Anxiety Questionnaire* (PBA-Q) a été évaluée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach (α), calculé pour le score global du questionnaire ainsi que pour chacun des quatre sous-facteurs proposés dans la version originale de Francis et Chorpita (2010).

3.1.1 Consistance interne du score global

Le score global du PBA-Q présente une consistance interne satisfaisante ($\alpha = .80$), traduisant une homogénéité élevée des items composant l'échelle. La majorité des items présentent des corrélations item-total corrigées positives (r variant de .24 à .73). Deux items font exception : l'item 6 (« *Mon enfant perdra ses peurs en grandissant* » ; $r = -.21$) et l'item 14 (« *Cela ne me gêne pas quand mon enfant est contrarié par quelque chose* » ; $r = -.075$) présentent des corrélations négatives avec le score global, suggérant une contribution plus faible à la cohérence interne de l'échelle. Conformément aux pratiques usuelles d'évaluation de la consistance interne, l'interprétation de ces corrélations item-total repose sur leur magnitude plutôt que sur un test de significativité.

Les résultats détaillés sont présentés dans le **Tableau 5**.

Tableau 5 - *Corrélations item-total pour l'échelle globale du Parental Beliefs About Anxiety Questionnaire (PBA-Q)*

Item	Corrélation item-total
Item 1	.536
Item 2	.460
Item 3	.386
Item 4	.370
Item 5	.373
Item 6	-.214
Item 7	.404
Item 8	.626
Item 9	.429
Item 10	.583
Item 11	.261

Item 12	.651
Item 13	.436
Item 14	-.075
Item 15	.241
Item 16	.731
Item 17	.481

Note. $N = 102$. Alpha de Cronbach de l'échelle globale : $\alpha = .80$. Les valeurs correspondent aux corrélations item-total corrigées.

3.1.2 Consistance interne des sous-facteurs

La consistance interne et les corrélations item-total ont également été évaluées pour chacun des quatre sous-facteurs du PBA-Q. Le facteur 1 (*détresse parentale face à l'anxiété de l'enfant*, 6 items) présente une consistance interne satisfaisante ($\alpha = .70$) ; toutes les corrélations item-total sont positives, l'item 5 présentant toutefois une corrélation plus faible ($r = .19$) que les autres. Le facteur 2 (*croyances parentales catastrophiques*, 6 items) présente également une consistance interne satisfaisante ($\alpha = .72$), avec des corrélations item-total positives et d'amplitude modérée.

En revanche, le facteur 3 (*croyances relatives aux peurs infantiles*, 2 items) présente une consistance interne très faible ($\alpha = .08$), ses deux items présentant des corrélations quasi nulles avec le score total corrigé de la sous-échelle ($r = .04$). Le facteur 4 (*conception d'être un « bon parent »*, 3 items) présente lui aussi une consistance interne faible ($\alpha = .17$), avec des corrélations item-total variant de .02 à .17.

Dans l'ensemble, la version française du PBA-Q présente donc une consistance interne satisfaisante pour le score global ainsi que pour les facteurs 1 et 2, mais des coefficients de fidélité nettement plus faibles pour les facteurs 3 et 4 dans le présent échantillon.

Les résultats sont présentés dans le **Tableau 6**.

Tableau 6 - Coefficients Alpha de Cronbach et corrélations item-total pour les sous-facteurs du PBA-Q

Sous-échelle et items	Nombre d'items	Alpha de Cronbach (α)	Item	Corrélation item-total purifiée
Facteur 1 : Détresse parentale	6	.70		

			Item 15	.372
			Item 8	.604
			Item 2	.483
			Item 16	.640
			Item 3	.345
			Item 5	.186
Facteur 2 : Croyances catastrophiques	6	.72		
			Item 7	.424
			Item 9	.496
			Item 4	.334
			Item 12	.536
			Item 10	.485
			Item 17	.466
Facteur 3 : Peurs infantiles	2	.08		
			Item 6	.043
			Item 13	.043
Facteur 4 : “Bon parent”	3	.17		
			Item 1	.171
			Item 11	.023
			Item 14	.073

3.2 Hypothèse 2 : Validité convergente

Afin d'évaluer la validité convergente de la version française du *Parental Beliefs About Anxiety Questionnaire* (PBA-Q), des coefficients de corrélation de Spearman (ρ) ont été calculés. Dans un premier temps, les liens entre le score global du PBA-Q, ses quatre sous-facteurs et le *Parent Sensitivity to Child Anxiety Index* (PSCAI) ont été examinés, ces deux questionnaires évaluant des

croyances parentales relatives à l'anxiété de l'enfant. Dans un second temps, les corrélations entre le PBA-Q, l'*Anxiety Sensitivity Index-Revised* (ASI-R) et les trois dimensions de l'*Échelle Dépression Anxiété Stress* (EDAS-21) ont été analysées afin d'examiner les associations entre les croyances parentales et des variables d'anxiété, de stress et de dépression chez l'adulte.

Une corrélation positive forte est observée entre le score global du PBA-Q et le score total du PSCAI ($\rho = .585, p < .001$). L'examen des sous-facteurs du PBA-Q montre que le Facteur 1, correspondant à la détresse parentale face à l'anxiété de l'enfant ($\rho = .500, p < .001$), et le Facteur 2, correspondant aux croyances parentales catastrophiques ($\rho = .504, p < .001$), présentent également des corrélations positives fortes avec le PSCAI. Le Facteur 4, correspondant à la conception d'être un « bon parent », présente une corrélation positive d'intensité modérée ($\rho = .339, p < .001$). En revanche, le Facteur 3, correspondant aux croyances relatives aux peurs infantiles, ne présente pas d'association statistiquement significative avec le PSCAI ($\rho = .146, p = .114$).

Une corrélation positive d'intensité modérée est également observée entre le score total du PBA-Q et le score total de l'ASI-R ($\rho = .311, p < .001$), suggérant que des croyances parentales plus négatives concernant l'anxiété de l'enfant sont associées à une plus grande sensibilité à l'anxiété chez le parent.

Concernant l'EDAS-21, le score total du PBA-Q présente des corrélations positives faibles mais statistiquement significatives avec les dimensions « Stress » ($\rho = .275, p = .005$) et « Dépression » ($\rho = .281, p = .004$). En revanche, aucune corrélation statistiquement significative n'est observée avec la dimension « Anxiété » ($\rho = .162, p = .104$).

3.3 Hypothèse 3 : Validité prédictive

Afin d'évaluer la validité prédictive de la version française du *Parental Beliefs About Anxiety Questionnaire* (PBA-Q), les relations entre les croyances parentales et les manifestations anxieuses de l'enfant ont été examinées à partir de plusieurs sources d'information. Le score global du PBA-Q a d'abord été mis en relation avec les différentes mesures de l'enfant à l'aide de corrélations de Spearman et de régressions linéaires simples. Les associations entre les quatre sous-facteurs du PBA-Q et les mesures de l'enfant ont ensuite été examinées au moyen de corrélations de Spearman, puis de régressions linéaires multiples afin d'évaluer la contribution spécifique de chaque dimension lorsque les quatre facteurs sont considérés simultanément. Les analyses corrélationnelles sont présentées à titre exploratoire et ne constituent pas, à elles seules, un test de validité prédictive.

3.3.1 Associations entre le score global du PBA-Q et les mesures de l'enfant

Le score global du PBA-Q est significativement et positivement associé au score total de la CBCL ($\rho = .229, p = .020$), ainsi qu'aux scores de symptômes internalisés ($\rho = .295, p = .003$) et externalisés ($\rho = .226, p = .022$). Ces associations sont toutefois de faible ampleur et ne mettent pas en évidence de spécificité pour les symptômes internalisés. Aucune association significative n'est observée avec les mesures auto-rapportées par l'enfant, ni pour le STAIC ($\rho = .120, p = .357$), ni pour le CASI ($\rho = .046, p = .727$).

Les régressions linéaires simples confirment ce profil. Le score global du PBA-Q est significativement associé au score total de la CBCL dans le modèle de régression linéaire simple, expliquant 4,4 % de sa variance ($R^2 = .044, F(1, 100) = 4.62, p = .034 ; B = 0.598, \beta = .210$).

En revanche, il n'est pas significativement associé au score de la STAIC ($R^2 = .007, F(1, 59) = 0.41, p = .526$), ni à celui du CASI ($R^2 < .001, F(1, 59) < 0.01, p = .988$).

3.3.2 Associations entre les sous-facteurs du PBA-Q et les mesures de l'enfant

Les corrélations entre les quatre sous-facteurs du PBA-Q et les différentes mesures de l'enfant montrent que, concernant le score total de la CBCL, seuls les facteurs 2 (*croyances parentales catastrophiques* ; $\rho = .202, p = .041$) et 4 (*conception d'être un « bon parent »* ; $\rho = .280, p = .004$) présentent une association significative. Le facteur 1 ne présente pas d'association statistiquement significative avec le score total de la CBCL ($\rho = .142, p = .156$), tandis que le facteur 3 n'est pas non plus significativement associé à celui-ci ($\rho = -.042, p = .672$).

Pour la dimension internalisée de la CBCL, des associations significatives sont observées avec les facteurs 1 (*détresse parentale* ; $\rho = .238, p = .028$), 2 ($\rho = .226, p = .023$) et 4 ($\rho = .218, p = .028$). La dimension externalisée est quant à elle associée aux facteurs 2 ($\rho = .243, p = .014$) et 4 ($\rho = .338, p < .001$). Ces associations demeurent de faible ampleur. Aucun sous-facteur n'est significativement associé au STAIC ou au CASI (tous $p > .05$).

Ces résultats ne mettent donc pas en évidence d'association spécifique des croyances parentales avec les symptômes internalisés, contrairement à ce qui était attendu.

Concernant les dimensions internalisée et externalisée de la CBCL, les associations observées doivent également être interprétées séparément pour chacun des sous-facteurs. Le facteur 1 ne présente pas d'association statistiquement significative avec les mesures auto-rapportées par les enfants, et aucune association significative n'est observée entre les sous-facteurs du PBA-Q et le STAIC ou le CASI.

Dans l'ensemble, les associations observées entre les sous-facteurs du PBA-Q et la symptomatologie de l'enfant demeurent de faible ampleur et concernent principalement les facteurs 2 et 4. Ces résultats ne mettent donc pas en évidence d'association spécifique et systématique entre les différentes dimensions des croyances parentales et les symptômes anxieux de l'enfant.

3.3.3 Contribution spécifique des sous-facteurs du PBA-Q

Afin d'examiner si les sous-facteurs du PBA-Q apportent une contribution propre aux différentes mesures de l'enfant, cinq régressions linéaires multiples ont été réalisées en introduisant simultanément les quatre facteurs comme prédicteurs. Les diagnostics de colinéarité n'indiquent pas de problème de multicolinéarité dans les modèles, avec des VIF compris entre 1.09 et 2.65.

Concernant la CBCL, aucun des modèles globaux n'est statistiquement significatif, que ce soit pour le score total ($R^2 = .074$, $F(4, 97) = 1.94$, $p = .110$), la dimension internalisée ($R^2 = .057$, $F(4, 97) = 1.48$, $p = .214$) ou la dimension externalisée ($R^2 = .082$, $F(4, 97) = 2.16$, $p = .079$). Aucun des quatre sous-facteurs ne présente de contribution individuelle significative. Le facteur 4 présente toutefois une association individuelle proche du seuil de significativité ($\beta = .210$, $p = .059$), sans toutefois atteindre le seuil conventionnel de .05.

Pour la dimension internalisée, aucun sous-facteur ne présente de contribution individuelle significative. Concernant la dimension externalisée, le facteur 4 constitue le seul prédicteur individuel significatif ($\beta = .236$, $p = .034$). Cette contribution doit toutefois être interprétée avec prudence, puisque le modèle global n'est pas statistiquement significatif ($p = .079$).

Les régressions multiples réalisées sur les mesures auto-rapportées par les enfants confirment l'absence d'association observée dans les analyses bivariées. Les modèles ne sont significatifs ni pour le STAIC ($R^2 = .0145$, $F(4, 56) = 0.21$, $p = .934$), ni pour le CASI ($R^2 = .0066$, $F(4, 56) = 0.09$, $p = .984$), et aucun sous-facteur ne présente de contribution individuelle significative.

Les résultats sont présentés dans le **Tableau 7**.

Tableau 7 - Synthèse des régressions linéaires simples et multiples

Variable dépendante	Modèle	R^2	F	p	Résultat principal
CBCL total	PBA-Q global	.044	4.62	.034	PBA-Q : $\beta = .210$, $p = .034$
CBCL total	4 sous-facteurs	.074	1.94	.110	Aucun

					facteur significatif
CBCL internalisé	4 sous-facteurs	.057	1.48	.215	Aucun facteur significatif
CBCL externalisé	4 sous-facteurs	.082	2.16	.079	Facteur 4 : $\beta = .236, p = .034$
STAIC	PBA-Q global	.007	0.41	.526	Non significatif
STAIC	4 sous-facteurs	.015	0.21	.934	Aucun facteur significatif
CASI	PBA-Q global	< .001	< 0.01	.988	Non significatif
CASI	4 sous-facteurs	.007	0.09	.984	Aucun facteur significatif

Note. Les modèles multiples incluent simultanément les quatre sous-facteurs du PBA-Q. Les contributions individuelles ne sont interprétées que lorsque cela est pertinent au regard du modèle global.

3.3.4 Synthèse des résultats relatifs à la validité prédictive

Dans l'ensemble, les résultats apportent un soutien limité à l'hypothèse de validité prédictive du PBA-Q. Le score global du questionnaire est associé au niveau de difficultés rapporté par le parent à la CBCL et constitue un prédicteur significatif de son score total, mais les associations observées restent de faible ampleur. Plusieurs sous-facteurs sont également associés aux symptômes rapportés à la CBCL, sans qu'aucune contribution spécifique ne se dégage lorsque les quatre dimensions sont considérées simultanément, à l'exception du facteur 4 pour les symptômes externalisés, résultat à interpréter avec prudence.

En revanche, aucune association n'est observée entre le PBA-Q et les mesures auto-rapportées par les enfants au STAIC et au CASI. Cette divergence selon la source d'information doit être prise en compte dans l'interprétation de la validité prédictive du questionnaire.

3.4 Analyses complémentaires : association avec la détresse psychologique parentale

Cette analyse complémentaire vise à examiner l'association entre les croyances parentales relatives à l'anxiété de l'enfant et la détresse psychologique parentale évaluée par l'EDAS-21. Elle ne

correspond pas à une hypothèse principale formulée a priori dans l'étude, mais permet de compléter l'examen des relations entre le PBA-Q et les variables psychologiques parentales.

Une corrélation positive et statistiquement significative est observée entre le score global du PBA-Q et le score total de l'EDAS-21 ($\rho = .286, p = .004$). Cette association, d'ampleur faible à modérée, indique que des niveaux plus élevés de détresse psychologique parentale sont associés à des croyances parentales plus négatives concernant l'anxiété de l'enfant.

Ce résultat constitue ainsi un indice complémentaire d'association entre les croyances parentales évaluées par le PBA-Q et la détresse psychologique parentale, sans permettre toutefois d'établir une relation causale entre ces variables.

3.5 Analyses complémentaires : effet de genre

Des analyses comparatives ont été réalisées afin d'examiner si les croyances parentales mesurées par le PBA-Q diffèrent selon le genre du parent et selon le genre de l'enfant, ainsi que si la symptomatologie de l'enfant diffère selon son propre genre.

3.5.1 *Croyances parentales selon le genre du parent*

3.5.1.1 **Score global du PBA-Q**

Conformément aux résultats des analyses de normalité, un test t de Student pour échantillons indépendants a été réalisé pour comparer le score global du PBA-Q entre les mères et les pères.

Aucune différence statistiquement significative n'est observée entre les mères et les pères sur le score global du PBA-Q ($t(100) = 0.710, p = .412, d = 0.17$). Les croyances parentales globales apparaissent donc comparables quel que soit le genre du parent.

3.5.1.2 **Sous-facteurs du PBA-Q**

Conformément aux résultats des analyses de normalité, des tests t de Student pour échantillons indépendants ont été réalisés pour les facteurs 1 et 2, tandis qu'un test non paramétrique de Mann-Whitney a été utilisé pour les facteurs 3 et 4, ces deux sous-échelles s'écartant significativement d'une distribution normale (**Tableau 3**).

Les résultats ne mettent en évidence aucune différence statistiquement significative entre les mères et les pères pour les quatre sous-facteurs du PBA-Q : facteur 1, $t(100) = 0.824, p = .410$; facteur 2, $t(100) = 0.06, p = .948$; facteur 3, $U = 968, p = .129$; et facteur 4, $U = 1071, p = .464$. Les tailles d'effet sont faibles pour l'ensemble des comparaisons.

Les résultats sont présentés dans le **Tableau 8**.

Tableau 8 - Comparaison des croyances parentales selon le genre du parent

Comparaison	Variable	Groupe A M (ET)	Groupe B M (ET)	Statistique	<i>p</i>	Taille d'effet
Genre du parent	PBA-Q total	Mères 41,70 (7,03)	Pères 40,50 (6,43)	$t(100) = .824$	.412	$d = .17$
Genre du parent	Facteur 1	17,66 (3,68)	16,91 (3,98)	$t(100) = .827$	.410	$d = .17$
Genre du parent	Facteur 2	12,99 (3,30)	12,94 (2,75)	$t(100) = .06$	.948	$d = .01$
Genre du parent	Facteur 3	5,75 (0,96)	5,40 (1,12)	$U = 968$	.129	$r = -.17$
Genre du parent	Facteur 4	7,73 (1,68)	7,51 (1,20)	$U = 1071$	.464	$r = -.09$

Note. M = moyenne ; ET = écart-type ; U = statistique de Mann-Whitney ; d = d de Cohen ; r = taille d'effet pour le test non paramétrique.

3.5.2 Croyances parentales selon le genre de l'enfant

Des analyses complémentaires ont ensuite été réalisées afin d'examiner si les croyances parentales diffèrent selon le genre de l'enfant.

3.5.2.1 Score global du PBA-Q

Conformément aux résultats des analyses de normalité, un test *t* de Student pour échantillons indépendants a été réalisé sur le score global du PBA-Q.

Aucune différence statistiquement significative n'est observée entre les parents de filles et les parents de garçons sur le score global du PBA-Q ($t(59) = 0.806$, $p = .423$, $d = 0.21$). Les croyances parentales globales apparaissent donc comparables quel que soit le genre de l'enfant.

3.5.2.2 Sous-facteurs du PBA-Q

Conformément aux résultats des analyses de normalité, des tests *t* de Student pour échantillons indépendants ont été réalisés pour les facteurs 1 et 2, tandis qu'un test non paramétrique de Mann-Whitney a été utilisé pour les facteurs 3 et 4, ces deux sous-échelles s'écartant significativement d'une distribution normale (**Tableau 3**).

Les résultats n'indiquent aucune différence statistiquement significative entre les parents de filles et les parents de garçons pour le facteur 1 ($t(59) = 1.61$, $p = .114$, $d = 0.42$), le facteur 2 ($t(59) = 0.82$, $p = .417$, $d = 0.21$), le facteur 3 ($U = 414$, $p = .534$, $r = -.09$) ni le facteur 4 ($U = 341$, $p = .090$, $r = .25$).

Les résultats sont présentés dans le **Tableau 9**.

Tableau 9 - Comparaison des croyances parentales selon le genre de l'enfant

Comparaison	Variable	Groupe A M (ET)	Groupe B M (ET)	Statistique	<i>p</i>	Taille d'effet
Genre de l'enfant	PBA-Q total	Filles 41,40 (6,83)	Garçons 40,10 (7,33)	$t(59) = .710$	.481	$d = .18$
Genre de l'enfant	Facteur 1	17,71 (3,85)	16,58 (3,95)	$t(59) = 1.61$	.114	$d = .42$
Genre de l'enfant	Facteur 2	12,94 (3,26)	12,27 (3,07)	$t(59) = .82$	.417	$d = .21$
Genre de l'enfant	Facteur 3	5,77 (1,06)	5,58 (0,86)	$U = 414$	.534	$r = -.09$
Genre de l'enfant	Facteur 4	7,14 (1,61)	7,96 (1,64)	$U = 341$	.090	$r = .25$

Note. *M* = moyenne ; *ET* = écart-type ; *U* = statistique de Mann-Whitney ; *d* = *d* de Cohen ; *r* = taille d'effet pour le test non paramétrique.

3.5.3 Symptomatologie de l'enfant selon son genre

Afin de compléter ces analyses, des comparaisons ont également été réalisées sur les mesures de symptomatologie de l'enfant selon son genre.

Concernant les symptômes rapportés par les parents à la CBCL, les tests de normalité ayant mis en évidence une violation du postulat de normalité pour l'ensemble des mesures, des tests non paramétriques de Mann-Whitney ont été utilisés. Les filles présentent des scores significativement plus élevés que les garçons pour les symptômes internalisés ($U = 303$, $p = .026$), tandis qu'aucune différence significative n'est observée pour les symptômes externalisés ($U = 420$, $p = .614$).

Concernant les mesures auto-rapportées, aucune différence statistiquement significative n'est observée entre les filles et les garçons, ni pour l'anxiété évaluée par le STAIC ($U = 331$, $p = .070$), ni pour la sensibilité à l'anxiété évaluée par le CASI ($U = 345$, $p = .108$), bien que les tailles d'effet associées demeurent de magnitude modérée.

Les résultats détaillés des comparaisons selon le genre de l'enfant sont présentés dans le **Tableau 10**.

Tableau 10 - Comparaison de la symptomatologie de l'enfant selon son genre

Variable	Filles M (ET)	Garçons M (ET)	Test	Statistique	<i>p</i>	Taille d'effet
CBCL internalisés	11,66 (7,46)	7,38 (5,00)	Mann-Whitney	<i>U</i> = 303	.026	<i>r</i> = -.34
CBCL externalisés	7,66 (5,50)	7,42 (6,87)	Mann-Whitney	<i>U</i> = 420	.614	<i>r</i> = -.08
STAIC	38,50 (9,30)	34,30 (5,08)	Mann-Whitney	<i>U</i> = 331	.070	<i>r</i> = -.27
CASI	32,00 (9,04)	28,00 (5,17)	Mann-Whitney	<i>U</i> = 345	.108	<i>r</i> = -.24

Note. *M* = moyenne ; *ET* = écart-type.

3.6 Synthèse des résultats

Dans l'ensemble, les résultats mettent en évidence une consistance interne satisfaisante du score global du PBA-Q, ainsi que des indices favorables de validité convergente, notamment avec le PSCAI, l'ASI-R et certaines dimensions de l'EDAS-21. En revanche, la présente étude ne permet pas de confirmer pleinement la structure factorielle en quatre dimensions de la version française. Les coefficients de consistance interne plus faibles observés pour les facteurs 3 et 4 invitent toutefois à réexaminer cette structure dans une étude ultérieure. Ces coefficients constituent un signal d'alerte, mais ne permettent pas à eux seuls de conclure à l'absence ou à la modification de la structure factorielle. Concernant la validité prédictive, les associations observées concernent principalement les symptômes rapportés par les parents à la CBCL. Le score global du PBA-Q est associé aux scores total, internalisé et externalisé de la CBCL, tandis qu'aucune association significative n'est observée avec les mesures auto-rapportées par les enfants au STAIC et au CASI. Les analyses de régression multiple ne mettent par ailleurs pas en évidence de contribution globale significative des quatre sous-facteurs du PBA-Q.

Enfin, aucune différence significative n'est observée dans les croyances parentales selon le genre du parent ou de l'enfant. En revanche, les filles présentent davantage de symptômes internalisés rapportés par les parents, sans différence significative observée pour les niveaux d'anxiété et de sensibilité à l'anxiété auto-rapportées (STAIC, CASI).

DISCUSSION

La présente étude avait pour objectif de réaliser une validation préliminaire de la version française du *Parental Beliefs About Anxiety Questionnaire* (PBA-Q), en examinant sa consistance interne, sa validité convergente ainsi que sa validité prédictive auprès de parents d'enfants âgés de 8 à 13 ans. Cette première étape visait à déterminer si la version française conservait des propriétés psychométriques comparables à celles de la version originale développée par Francis et Chorpita (2010), tout en tenant compte des spécificités culturelles et linguistiques liées à son adaptation.

Dans l'ensemble, les résultats apportent un soutien encourageant aux qualités psychométriques du questionnaire. La consistance interne du score global apparaît satisfaisante et comparable à celle rapportée dans la version originale, tandis que deux des quatre sous-facteurs présentent également des indices de fidélité adéquats ; les deux autres affichent en revanche une cohérence interne nettement plus faible, invitant à une interprétation prudente de ces dimensions. Les analyses de validité convergente montrent par ailleurs que les croyances parentales évaluées par le PBA-Q sont globalement associées à plusieurs construits théoriquement proches, notamment la sensibilité parentale à l'anxiété de l'enfant, la sensibilité à l'anxiété chez le parent, ainsi que les niveaux de stress et de dépression, à l'exception de l'absence d'association avec la dimension anxiété de l'EDAS-21, résultat inattendu qui sera discuté plus loin. Enfin, la validité prédictive du questionnaire reçoit un soutien partiel : les croyances parentales sont associées aux symptômes de l'enfant lorsque ceux-ci sont rapportés par le parent, mais beaucoup moins lorsqu'ils sont évalués directement auprès de l'enfant.

Ces résultats sont interprétés ci-après à la lumière de la littérature existante, en mettant en évidence les éléments soutenant la validité de la version française du PBA-Q ainsi que les limites observées pour certaines dimensions du questionnaire. Les implications méthodologiques de ces résultats sont ensuite discutées afin de dégager plusieurs pistes pour les futures recherches portant sur la validation de cet instrument.

1. Consistance interne

1.1 Une bonne fidélité du score global du PBA-Q

Les résultats concernant la consistance interne sont globalement encourageants et soutiennent en partie la première hypothèse de l'étude. Le score global du questionnaire présente un coefficient alpha de Cronbach de .80, très proche de celui rapporté par Francis et Chorpita (2010) dans la version originale ($\alpha = .81$). Cette proximité suggère que, malgré le processus de traduction et d'adaptation

culturelle, la version française conserve une homogénéité satisfaisante entre les items et mesure de manière cohérente le construit global des croyances parentales relatives à l'anxiété de l'enfant. Ce résultat constitue un premier indice en faveur de la fidélité de la version française. En psychométrie, une consistance interne satisfaisante indique que les différents items d'une échelle mesurent de manière cohérente un même construit latent, tout en apportant chacun une information complémentaire (DeVellis & Thorpe, 2022). Le fait que le coefficient alpha obtenu soit comparable à celui de la version originale suggère que la version française du PBA-Q présente un niveau de cohérence interne similaire à celui observé lors du développement de l'instrument.

1.2 L'impact des items formulés négativement sur les performances psychométriques

L'analyse des corrélations item-total montre toutefois que deux items (6 et 14) présentent des corrélations négatives avec le score global. Ces deux items correspondent aux items formulés dans le sens inverse du questionnaire original, ayant nécessité un recodage avant analyse. Bien que ce recodage ait été effectué correctement, la formulation inversée de ces items peut constituer une source de difficulté supplémentaire pour les répondants. La littérature montre en effet que les items formulés négativement peuvent être associés à des difficultés psychométriques, notamment en raison de leur charge cognitive plus importante (García-Fernández et al., 2022 ; Swain et al., 2008). Dans ce contexte, les faibles corrélations observées pour les items 6 et 14 pourraient en partie refléter une difficulté liée à leur formulation plutôt qu'une absence de pertinence conceptuelle.

Cette hypothèse apparaît d'autant plus pertinente que le PBA-Q était intégré à une batterie comprenant plusieurs questionnaires et dont la passation pouvait approcher une heure. Une fatigue attentionnelle pourrait ainsi avoir accru les difficultés de traitement associées aux items inversés. Des travaux récents suggèrent d'ailleurs que les difficultés liées aux items formulés négativement peuvent introduire une variance de méthode susceptible d'être confondue avec une faible fidélité ou une multidimensionnalité artificielle de l'échelle (Elek et al., 2025). Ces éléments invitent donc à examiner spécifiquement la formulation des items 6 et 14 dans de futures recherches, notamment au moyen d'une évaluation qualitative auprès des répondants.

1.3 Des différences marquées entre les sous-échelles

L'analyse des sous-facteurs apporte des résultats nettement plus contrastés. Les facteurs 1 (« *détresse parentale face à l'anxiété de l'enfant* ») et 2 (« *croyances parentales catastrophiques* ») présentent des coefficients alpha respectifs de .70 et .72, au-dessus du seuil généralement considéré comme acceptable (Nunnally & Bernstein, 1994 ; Tavakol & Dennick, 2011). En revanche, les facteurs 3 (« *croyances relatives aux peurs infantiles* ») et 4 (« *conception d'être un bon parent* »)

présentent des coefficients particulièrement faibles ($\alpha = .08$ et $\alpha = .17$), ce qui ne permet pas de les considérer comme suffisamment homogènes dans leur forme actuelle et invite à interpréter leurs scores avec prudence.

1.4 Hypothèses explicatives des faibles coefficients des facteurs 3 et 4

Plusieurs explications peuvent être avancées. D'abord, ces deux sous-échelles ne comportent respectivement que deux et trois items ; or l'alpha de Cronbach est particulièrement sensible au nombre d'items, et les échelles courtes tendent à obtenir des coefficients plus faibles (Nunnally & Bernstein, 1994 ; Tavakol & Dennick, 2011). Une faible fidélité ne traduit donc pas nécessairement une absence de cohérence conceptuelle. Cette explication statistique ne suffit cependant pas à elle seule : les corrélations item-total très faibles observées suggèrent également une certaine hétérogénéité de contenu. Pour le facteur 3, un item porte sur la croyance selon laquelle les peurs de l'enfant disparaissent naturellement avec le développement, tandis que le second renvoie à l'importance accordée aux ressentis de l'enfant lorsqu'il est perçu comme étant en situation d'insécurité, indépendamment de l'opinion d'autrui. Ces deux items apparaissent ainsi relativement hétérogènes sur le plan du contenu, ce qui pourrait contribuer aux faibles indices de cohérence interne observés pour ce facteur. Le facteur 4 comprend trois items évaluant des dimensions distinctes de la parentalité, notamment la tolérance aux émotions négatives de l'enfant, la détresse émotionnelle du parent face à la détresse de son enfant et la croyance selon laquelle le fait de s'inquiéter pour son enfant constitue le reflet d'une bonne parentalité. Cette diversité conceptuelle pourrait expliquer les faibles corrélations inter-items observées au sein de cette sous-échelle.

1.5 Implications pour l'interprétation de la version française du PBA-Q

Dans l'ensemble, ces résultats suggèrent que le score global du PBA-Q constitue actuellement l'indicateur le plus robuste de la version française, tandis que l'interprétation des facteurs 3 et 4 doit rester particulièrement prudente. Des travaux ultérieurs devront notamment réexaminer la formulation et la pertinence conceptuelle de ces deux dimensions avant d'envisager leur utilisation comme sous-échelles indépendantes.

2. Validité convergente

La deuxième hypothèse de l'étude visait à examiner la validité convergente de la version française du PBA-Q. Dans l'ensemble, les résultats la soutiennent : le questionnaire présente des associations significatives avec plusieurs mesures évaluant des construits conceptuellement proches, ce qui constitue un argument supplémentaire en faveur de sa validité.

2.1 Une forte convergence avec la sensibilité parentale à l'anxiété de l'enfant (PSCAI)

Comme attendu, la corrélation la plus élevée est observée entre le PBA-Q et le PSCAI ($\rho = .585$), une association d'intensité élevée selon les critères de Cohen (1988), cohérente avec les fondements théoriques des deux instruments et avec les travaux de Francis et Roemhild (2021), qui rapportent une corrélation du même ordre ($r = .61$). Cette proximité entre les coefficients observés dans les deux études renforce la confiance accordée à la validité convergente de la version française. Cette association élevée mais imparfaite s'explique par la proximité conceptuelle des deux construits : le PBA-Q évaluant les croyances et interprétations cognitives des parents face à l'anxiété de l'enfant, le PSCAI leur sensibilité émotionnelle face à ses manifestations anxieuses, deux dimensions étroitement liées mais non superposables (Francis & Roemhild, 2021).

2.2 Une convergence différenciée selon les sous-dimensions du PBA-Q

L'analyse des sous-facteurs va dans le même sens : les dimensions « *détresse parentale* » et « *croyances catastrophiques* », qui présentent également la meilleure cohérence interne ($\alpha = .70$ et $.72$) montrent les corrélations les plus élevées avec le PSCAI. Cette convergence est cohérente sur le plan théorique, puisque ces deux dimensions semblent se rapprocher davantage de la sensibilité émotionnelle évaluée par le PSCAI. En effet, les parents qui perçoivent l'anxiété de leur enfant comme particulièrement menaçante ou qui éprouvent eux-mêmes une détresse importante face à cette anxiété sont également susceptibles de réagir avec une plus grande sensibilité émotionnelle. À l'inverse, le facteur « *peurs infantiles* » ne présente pas de corrélation significative avec le PSCAI, un résultat à interpréter avec prudence compte tenu de sa très faible cohérence interne ($\alpha = .08$). Le facteur « *conception d'être un bon parent* » présente quant à lui une corrélation d'intensité seulement modérée avec le PSCAI, possiblement parce que cette dimension porte davantage sur les représentations du rôle parental que sur les réactions émotionnelles face à l'anxiété de l'enfant.

2.3 Une association modérée avec la sensibilité anxieuse parentale (ASI-R)

Les résultats mettent également en évidence une corrélation positive d'intensité modérée entre le score total du PBA-Q et celui de l'ASI-R ($\rho = .311, p < .001$), cohérente avec les travaux de Manley et Francis (2022), qui rapportent une association plus élevée entre croyances parentales et sensibilité anxieuse parentale ($r = .49, p < .001$). Cette convergence suggère que les parents plus sensibles à leurs propres sensations anxieuses tendent aussi à présenter davantage de croyances négatives concernant l'anxiété de leur enfant. Ces croyances pourraient ainsi participer aux mécanismes reliant le fonctionnement anxieux du parent aux réponses qu'il adopte face à l'anxiété de l'enfant (Manley & Francis, 2022). L'écart d'intensité entre les deux études pourrait notamment s'expliquer par le fait que

les instruments de sensibilité anxieuse diffèrent (ASI-R ici, ASI-3 chez Manley et Francis), sans exclure que des différences d'échantillon jouent également un rôle.

2.4 Des résultats nuancés concernant la détresse émotionnelle parentale (EDAS-21)

Contrairement à l'hypothèse initiale, les résultats obtenus avec l'EDAS-21 apparaissent plus contrastés. Des corrélations positives faibles mais significatives sont observées entre le score total du PBA-Q et les dimensions « stress » ($\rho = .275, p = .005$) et « dépression » ($\rho = .281, p = .004$), mais aucune association significative n'est retrouvée avec la dimension « anxiété » ($\rho = .162, p = .104$). Cette absence de corrélation apparaît surprenante au regard de la littérature. En effet, plusieurs études suggèrent que les croyances parentales relatives à l'anxiété de l'enfant sont étroitement liées au fonctionnement émotionnel des parents, en particulier à leur anxiété. Les parents présentant davantage de symptômes anxieux tendent à développer des croyances plus négatives concernant l'anxiété de leur enfant, et ces croyances constituent un mécanisme important dans la transmission intergénérationnelle de l'anxiété (Francis & Chorpita, 2011 ; Francis & Roemhild, 2021 ; Friedman et al., 2023 ; Manley & Francis, 2022). Plus spécifiquement, plusieurs travaux montrent que les croyances parentales médient la relation entre l'anxiété parentale et l'anxiété de l'enfant, ainsi que le lien entre l'anxiété parentale et certains comportements parentaux, tels que le surcontrôle ou l'accommodation (Fox & Fleming, 2025 ; Francis & Chorpita, 2011 ; Francis & Manley, 2022 ; Johnco et al., 2022). Les liens entre les croyances parentales, le stress et la dépression ont quant à eux été moins largement étudiés et semblent davantage s'inscrire dans un contexte plus global de détresse psychologique et de difficultés parentales (Bennett et al., 2025 ; Johnco et al., 2022).

2.5 Une divergence avec les études antérieures

Ces résultats diffèrent également en partie de ceux rapportés par Francis et Chorpita (2010) dans l'étude de validation originale du PBA-Q. Les auteurs rapportaient des corrélations positives significatives entre le PBA-Q et les trois dimensions du DASS-21, tant pour « l'anxiété » ($r = .40$) que pour le « stress » ($r = .44$) et la « dépression » ($r = .40$). Dans notre étude, les associations observées avec le stress et la dépression vont dans le même sens, bien que leur intensité soit plus faible, tandis que l'absence de corrélation avec la dimension anxiété contraste avec les résultats de la version originale.

2.6 Hypothèses explicatives de l'absence d'association avec l'anxiété

Deux hypothèses, complémentaires plutôt que concurrentes, peuvent être avancées. D'une part, les caractéristiques de l'échantillon pourraient avoir joué un rôle. Les scores obtenus à la sous-échelle Anxiété de l'EDAS-21 sont globalement faibles et présentent une distribution asymétrique,

proche d'un effet plancher ($M = 2,68$; $Md = 1$). Cette faible variabilité a pu réduire la puissance statistique nécessaire à la mise en évidence d'une association avec le PBA-Q.

D'autre part, les croyances parentales pourraient constituer un construit cognitif relativement distinct des symptômes anxieux actuels du parent. Cette interprétation est cohérente avec plusieurs travaux montrant que les croyances parentales jouent un rôle spécifique dans la compréhension de l'anxiété de l'enfant. Par exemple, Manley & Francis, (2022) ont montré que les croyances parentales médiatisent partiellement la relation entre l'anxiété parentale et l'anxiété de l'enfant, tout en conservant un effet significatif après contrôle de la sensibilité à l'anxiété parentale. De même, O'Connor et al. (2020) ont observé que les comportements d'accommodation étaient davantage associés aux perceptions parentales des difficultés de l'enfant qu'à la détresse émotionnelle du parent lui-même. Ces résultats suggèrent que les croyances parentales ne reflètent pas uniquement le niveau d'anxiété actuel du parent, mais constituent un processus cognitif relativement autonome. Dans cette perspective, un parent présentant peu de symptômes anxieux au moment de l'évaluation peut néanmoins entretenir des croyances dysfonctionnelles concernant l'anxiété de son enfant.

2.7 Limites de l'analyse convergente

Ces résultats doivent néanmoins être considérés comme préliminaires et être interprétés à la lumière du caractère non clinique de l'échantillon. Une étude menée auprès d'un échantillon comprenant davantage de parents présentant une symptomatologie anxieuse significative permettrait de vérifier si l'absence d'association observée ici se maintient.

3. Validité prédictive

Les résultats apportent un soutien partiel à l'hypothèse de validité prédictive du PBA-Q. Les analyses mettent en évidence des associations entre les croyances parentales et les symptômes rapportés par les parents eux-mêmes, mais ces associations sont absentes lorsque les symptômes sont évalués directement auprès de l'enfant. Cette configuration appelle toutefois une interprétation prudente, notamment parce que le devis transversal ne permet pas d'établir une véritable relation prédictive ou une direction causale entre les variables.

3.1 Des associations principalement observées avec la CBCL

Les associations entre croyances parentales et symptômes de l'enfant apparaissent surtout lorsque ces derniers sont évalués par le parent via la CBCL : le score global du PBA-Q est positivement associé au score total ainsi qu'aux dimensions internalisée et externalisée, et plusieurs sous-facteurs présentent des associations similaires. En revanche, aucune association significative

n'est observée entre le PBA-Q (score global ou sous-facteurs) et les scores d'anxiété auto-rapportés par les enfants au STAIC et au CASI.

Cette différence selon la source d'information est cohérente avec la littérature sur la multi-informance en psychopathologie infantile. Les croyances parentales constituent un cadre à travers lequel les parents perçoivent et interprètent les manifestations émotionnelles de leur enfant (Johnco et al., 2022), et les divergences entre évaluations parentales et auto-évaluations des enfants sont fréquentes dans l'étude de l'anxiété. Van Doorn et al. (2018) rapportent notamment un niveau élevé de désaccord entre mères et enfants, avec des corrélations faibles à modérées, expliqué notamment par le fait que certains aspects de l'anxiété relèvent d'une expérience interne moins directement observable par le parent. Plus généralement, les parents et les enfants n'ont pas accès aux mêmes aspects du fonctionnement de l'enfant et peuvent rapporter différemment les manifestations psychopathologiques selon leur perspective propre (Martel et al., 2016).

Les résultats observés ici pourraient ainsi indiquer que les croyances parentales sont davantage liées à la manière dont les parents perçoivent les difficultés de leur enfant qu'à son niveau d'anxiété subjectivement vécu, sans que cela signifie que l'une des deux sources serait moins valide que l'autre ; elles apparaissent plutôt complémentaires, chacune informative de dimensions différentes du fonctionnement de l'enfant (Martel et al., 2016 ; Van Doorn et al., 2018).

3.2 Interprétations possibles de l'association entre le PBA-Q et la CBCL

Une première lecture possible de cette association repose sur un effet lié à la source d'information commune : le PBA-Q et la CBCL étant tous deux rapportés par le parent, l'association observée pourrait refléter une tendance des parents plus anxieux ou catastrophistes dans leurs croyances à percevoir les manifestations de leur enfant comme plus problématiques. Les parents peuvent notamment attribuer aux réactions anxieuses de l'enfant un caractère dangereux ou intolérable (Johnco et al., 2022), ou percevoir certaines caractéristiques de l'enfant comme le signe d'une vulnérabilité accrue, avec une vigilance renforcée en conséquence (Venard et al., 2021).

Une seconde lecture, non exclusive de la première, envisage une influence réelle des croyances sur les comportements de l'enfant. Les croyances parentales peuvent en effet influencer les réponses éducatives adoptées face à l'anxiété, notamment par l'accommodation, la surprotection, l'évitement (Friedman et al., 2023 ; Venard et al., 2021) et les croyances négatives concernant l'anxiété de l'enfant, associées à l'accommodation parentale, elle-même liée à une plus grande sévérité de l'anxiété infantile (Johnco et al., 2022). Les croyances parentales pourraient ainsi s'inscrire dans une chaîne de processus où les représentations du parent influencent ses réponses face à la détresse

de l'enfant, lesquelles contribuent en retour au maintien des symptômes. Plus largement, ces croyances pourraient constituer un mécanisme reliant l'anxiété du parent à ses comportements éducatifs, notamment vers des réponses plus contrôlantes ou protectrices (Aktar, 2022 ; Francis & Manley, 2022 ; Francis & Roemhild, 2021 ; Friedman et al., 2023).

Ces deux lectures ne sont pas incompatibles entre elles : perception biaisée et influence comportementale réelle peuvent coexister et se renforcer mutuellement, et le design transversal de la présente étude ne permet pas de les départager ni d'établir de direction causale entre croyances et symptômes.

Une limite méthodologique s'ajoute à ces deux lectures : le fait que le PBA-Q et la CBCL soient tous deux complétés par le même informateur peut favoriser un biais de méthode commune (*common method bias*), susceptible d'influencer artificiellement l'association observée entre les deux mesures (Podsakoff et al., 2024). Cette possibilité invite à interpréter avec prudence les associations obtenues avec la CBCL, sans permettre pour autant de conclure qu'elles seraient uniquement dues à ce biais.

3.3 Différence entre analyses corrélationnelles et régressions multiples

Les analyses corrélationnelles montrent que plusieurs sous-facteurs du PBA-Q sont associés aux symptômes rapportés à la CBCL. Toutefois, lorsque les quatre sous-facteurs sont introduits simultanément dans les modèles de régression, aucun modèle global n'atteint le seuil de significativité, et les associations bivariées ne se traduisent pas par des contributions indépendantes significatives, à l'exception du facteur 4 pour les symptômes externalisés, contribution à interpréter avec prudence puisque le modèle global correspondant n'est pas significatif.

Cette différence entre analyses bivariées et multivariées suggère une part de variance partagée entre les dimensions du PBA-Q : une association observée pour un sous-facteur isolé ne signifie donc pas nécessairement qu'il possède une contribution propre une fois les autres dimensions prises en compte. Les résultats indiquent ainsi que certaines dimensions du PBA-Q sont associées aux difficultés de l'enfant, sans qu'il soit possible d'en établir clairement la contribution spécifique et indépendante lorsqu'elles sont considérées simultanément.

3.4 Des associations non spécifiques aux symptômes anxieux

Un résultat mérite également d'être discuté : les croyances parentales ne sont pas uniquement associées aux symptômes internalisés. Le score global du PBA-Q, ainsi que les facteurs 2 et 4, sont également associés aux symptômes externalisés, le facteur 4 étant même le seul sous-facteur à

présenter une contribution individuelle significative dans la régression correspondante, toujours à relativiser au vu de la non-significativité du modèle global.

Ce résultat suggère que les croyances évaluées par le PBA-Q ne se limitent peut-être pas à une représentation de l'anxiété de l'enfant, mais rejoignent une perception plus générale des émotions, des comportements et des besoins de l'enfant (Johnco et al., 2022). Plus largement, les croyances, attentes et attributions parentales constituent une dimension importante des interactions familiales, en lien avec les pratiques parentales et différents aspects du fonctionnement de l'enfant (Johnston et al., 2018).

Les associations observées avec les symptômes externalisés pourraient ainsi indiquer que certaines croyances relatives à l'anxiété s'inscrivent dans un ensemble plus large de représentations concernant la vulnérabilité de l'enfant ou la nécessité de le protéger face à la détresse. Cette interprétation reste toutefois à confirmer, les données actuelles ne permettant pas d'établir que le PBA-Q mesure directement des croyances relatives aux difficultés comportementales.

3.5 Pourquoi les associations sont-elles absentes avec le STAIC et le CASI ?

Plusieurs éléments, plutôt complémentaires que concurrents, peuvent contribuer à expliquer l'absence d'association avec les mesures auto-rapportées par les enfants.

Le premier tient probablement à la puissance statistique disponible : les analyses portant sur le STAIC et le CASI reposent sur un échantillon de 61 enfants, contre 102 parents pour les analyses fondées sur la CBCL. Cette puissance plus limitée réduit la probabilité de détecter des associations de faible ampleur dans ce sous-échantillon.

Un deuxième élément concerne la nature de l'échantillon, recruté en population générale plutôt qu'en population clinique. Kroenke (2001) souligne ainsi que les patients pris en charge dans des structures spécialisées ne constituent pas nécessairement un échantillon représentatif de l'ensemble des personnes présentant des symptômes dans la population générale, les situations les plus complexes ou les plus sévères étant davantage susceptibles d'être orientées vers des soins spécialisés. À l'inverse, les manifestations moins sévères peuvent rester prises en charge dans la communauté ou ne pas faire l'objet d'une prise en charge spécifique. Le recrutement en population générale a ainsi pu conduire à une représentation limitée des niveaux élevés de symptomatologie anxieuse chez l'enfant, restreignant la variabilité des scores au STAIC et au CASI et, par conséquent, la probabilité de mettre en évidence une association. Une hypothèse qui reste toutefois à confirmer,

les données disponibles ne permettant pas à elles seules de démontrer une restriction de variance suffisante.

Un troisième élément concerne les comportements parentaux : comme évoqué dans le point 3.2, les croyances parentales pourraient agir indirectement sur l'expérience anxieuse de l'enfant, via l'accommodation, la surprotection ou l'évitement (Francis & Manley, 2022 ; Francis & Roemhild, 2021 ; Friedman et al., 2023 ; Venard et al., 2021) plutôt que directement, le PBA-Q étant potentiellement plus proche des processus cognitifs et comportementaux du parent que de l'expérience subjective de l'enfant.

Ces éléments invitent à ne pas interpréter l'absence de résultat significatif comme la démonstration d'une absence totale de relation entre croyances parentales et anxiété de l'enfant. Un résultat non significatif peut aussi bien correspondre à une absence réelle d'association qu'à une puissance insuffisante pour détecter un effet existant, en particulier de faible ampleur (Cohen, 1988). Ce qui expose au risque d'une erreur de type II : le non-rejet de l'hypothèse nulle alors qu'une association existe réellement dans la population (Bourque et al., 2009). Cette interprétation doit cependant rester prudente dans les deux sens : l'absence de significativité peut tout autant refléter une association effectivement faible ou inexistante.

Des recherches menées sur des échantillons plus larges, incluant davantage d'enfants présentant une symptomatologie anxieuse élevée ou des troubles anxieux identifiés, permettraient de mieux déterminer la nature de cette relation.

3.6 Conclusion de la validité prédictive

Dans l'ensemble, les résultats soutiennent partiellement l'hypothèse de validité prédictive du PBA-Q. Les liens observés apparaissent principalement lorsque l'anxiété de l'enfant est rapportée par le parent, tandis que les associations avec les mesures auto-rapportées restent absentes. Cette configuration suggère que les croyances évaluées par le PBA-Q pourraient capter, au-delà des seules croyances relatives à l'anxiété de l'enfant, une construction plus large des difficultés émotionnelles et comportementales de l'enfant telle que perçue par le parent. Ces résultats invitent ainsi à considérer la validité prédictive de l'instrument comme encourageante mais encore partielle, d'autant que le caractère transversal de l'étude ne permet pas de parler de prédiction au sens causal ou temporel strict.

4. Influence selon le genre

Après l'examen des propriétés psychométriques et de la validité prédictive du questionnaire, des analyses complémentaires ont permis d'examiner l'influence du genre du parent et du genre de l'enfant sur les croyances parentales, ainsi que, pour ce dernier, sur les manifestations anxieuses de l'enfant.

4.1 Genre du parent

Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les mères et les pères concernant le score global du PBA-Q ni ses quatre sous-facteurs, avec des tailles d'effet faibles. Dans cet échantillon, les croyances parentales face à l'anxiété de l'enfant apparaissent donc globalement comparables chez les mères et les pères.

Ce résultat rejoint, de manière indirecte, des travaux récents remettant en question une conception de la parentalité centrée principalement sur la mère. La revue systématique et méta-analyse de Manuele et al. (2023) montre que les comportements parentaux maternels et paternels présentent, dans plusieurs domaines, des associations relativement similaires avec les symptômes internalisés, anxieux et dépressifs des enfants et adolescents. Bien que ces travaux portent sur les comportements parentaux et non directement sur les croyances, ils soutiennent l'idée que certaines dimensions de la parentalité pourraient être moins dépendantes du genre du parent qu'on ne pourrait le supposer.

L'absence de différence pourrait notamment s'expliquer par une plus grande similarité des expériences et des rôles parentaux entre les mères et les pères. Les croyances relatives à l'anxiété de l'enfant pourraient en effet être davantage liées à l'expérience concrète de la parentalité, aux caractéristiques de l'enfant ou aux situations auxquelles le parent est confronté qu'à son propre genre. Cette interprétation demeure toutefois indirecte, puisque les études disponibles ne permettent pas d'établir directement que les croyances parentales sont équivalentes chez les mères et les pères.

La littérature n'est pas entièrement convergente. Manuele et al. (2023) rapportent notamment une exception concernant la surprotection, associée à l'anxiété de l'enfant chez les mères mais pas chez les pères, ce qui suggère que certaines différences liées au genre du parent peuvent subsister pour des dimensions spécifiques de la parentalité. Islamiah et al. (2023) apportent également un contrepoint, en rapportant une contribution spécifique des croyances dysfonctionnelles des pères aux difficultés de régulation émotionnelle de l'enfant. L'écart avec les résultats de la présente étude pourrait s'expliquer par les caractéristiques des échantillons ou par les variables étudiées, qui ne sont pas nécessairement comparables.

La composition de l'échantillon doit également être prise en considération. Le nombre de pères participant à l'étude est inférieur à celui des mères (35 pères contre 67 mères), ce qui peut limiter la capacité à détecter de petites différences entre les groupes. Cette sous-représentation des pères constitue plus largement une difficulté fréquemment rencontrée dans les recherches portant sur la parentalité (Manuele et al., 2023). Par ailleurs, les pères ayant participé à l'étude pourraient constituer un sous-groupe particulier de la population paternelle. Il est notamment possible que les pères ayant accepté de participer à une étude portant sur les croyances et la parentalité soient particulièrement impliqués dans la vie de leur enfant, ce qui pourrait contribuer à réduire les différences observables entre les deux groupes. Cette interprétation demeure néanmoins spéculative en l'absence de mesure directe du niveau d'implication parentale dans la présente étude.

Ces résultats doivent donc être interprétés comme indiquant une absence de différence détectée dans cet échantillon, plutôt que comme la démonstration d'une absence générale de différences entre les mères et les pères. Ils restent néanmoins compatibles avec une littérature récente suggérant que les influences parentales maternelles et paternelles peuvent être plus similaires qu'on ne l'a longtemps supposé. Des recherches portant spécifiquement sur les croyances relatives à l'anxiété, avec des effectifs plus équilibrés entre mères et pères, permettraient de déterminer si cette similarité s'étend aux représentations évaluées par le PBA-Q.

4.2 Genre de l'enfant

Les analyses ne montrent pas davantage de différence significative entre parents de filles et parents de garçons sur le score global du PBA-Q ni sur ses quatre sous-facteurs : dans cet échantillon, les croyances parentales apparaissent relativement similaires selon le genre de l'enfant concerné.

Concernant le facteur 4 (« *bon parent* »), aucune différence significative n'est observée entre les parents de garçons et les parents de filles ($U = 341$, $p = .090$, $r = .25$), bien que les parents de garçons présentent des scores légèrement plus élevés sur cette dimension. Ce résultat ne permet pas de conclure à une différence réelle, mais reste compatible avec les travaux sur le *gendered parenting* montrant que les parents peuvent adopter des pratiques différenciées selon le genre de l'enfant, notamment en matière de socialisation émotionnelle, de contrôle ou de prise de risque (Morawska, 2020). La revue de Morawska souligne cependant que ces différences ne sont pas systématiques et que, dans de nombreux domaines, parents de filles et de garçons ne diffèrent pas. Ce résultat doit par ailleurs être interprété avec prudence compte tenu de la faible cohérence interne du facteur 4 ($\alpha = .17$).

Le contraste entre les résultats du PBA-Q et ceux observés pour la symptomatologie de l'enfant est particulièrement intéressant : alors qu'aucune différence significative n'apparaît dans les croyances parentales, une différence significative est mise en évidence pour les symptômes internalisés de l'enfant rapportés par les parents. Les filles présentent en effet davantage de symptômes internalisés à la CBCL, sans différence significative pour les niveaux d'anxiété au STAIC ni pour la sensibilité à l'anxiété au CASI, bien que les tailles d'effet associées à ces deux dernières mesures demeurent de magnitude modérée. Les différences liées au genre semblent donc se manifester principalement au niveau des symptômes internalisés rapportés par les parents, plutôt qu'au niveau des croyances parentales déclarées ou de l'anxiété auto-rapportée par l'enfant.

Ce constat est cohérent avec la méta-analyse de Chaplin et Aldao (2013), qui met en évidence de faibles différences entre filles et garçons dans l'expression émotionnelle au cours de l'enfance. Les filles présentent notamment davantage d'expressions émotionnelles intériorisantes, telles que la tristesse et l'anxiété, tandis que les garçons présentent davantage d'expressions extériorisantes, telles que la colère. Ces différences restent toutefois globalement de faible ampleur et varient notamment selon l'âge, le contexte interpersonnel et les modalités d'évaluation.

Plusieurs interprétations, non exclusives, peuvent rendre compte de ce contraste. Les croyances parentales évaluées par le PBA-Q pourraient être relativement stables et peu dépendantes du genre de l'enfant, tandis que les différences entre filles et garçons se manifesteraient davantage dans la manière dont l'anxiété est exprimée, vécue ou rapportée. Les normes sociales et les processus de socialisation émotionnelle différenciés selon le genre pourraient notamment contribuer à ces différences, sans exclure la contribution de facteurs biologiques ou développementaux (Chaplin & Aldao, 2013). Les croyances parentales ne constitueraient ainsi qu'un des nombreux facteurs susceptibles d'influencer les différences de symptomatologie observées entre filles et garçons.

4.3 Conclusion de l'influence selon le genre

Dans l'ensemble, les analyses complémentaires suggèrent une distinction entre le genre du parent, le genre de l'enfant et la symptomatologie anxieuse. Ni le genre du parent ni celui de l'enfant ne semblent associés aux croyances parentales évaluées par le PBA-Q, alors que le genre de l'enfant est associé aux symptômes internalisés rapportés par les parents à la CBCL, sans toutefois s'étendre significativement aux mesures auto-rapportées d'anxiété (STAIC, CASI). Ces résultats invitent ainsi à considérer les croyances parentales et l'expression de l'anxiété de l'enfant comme deux dimensions qui ne se recouvrent pas nécessairement et qui peuvent être influencées par des facteurs distincts.

5. Limites

Plusieurs limites doivent être prises en considération dans l'interprétation des résultats de cette étude.

La première concerne la taille de l'échantillon. L'étude repose sur un échantillon de 102 parents, ce qui constitue un effectif permettant de réaliser les analyses principales, mais reste limité pour certaines analyses psychométriques et pour la détection d'effets de faible ampleur. Cette limite peut notamment avoir réduit la puissance statistique nécessaire pour mettre en évidence certaines associations ou différences entre groupes. Des études ultérieures devraient donc être menées auprès d'échantillons plus importants afin d'obtenir des estimations plus précises des propriétés psychométriques du PBA-Q.

Cette limite est particulièrement importante pour le sous-échantillon d'enfants, composé de 61 participants. La puissance disponible pour les analyses réalisées à partir du STAIC et du CASI était ainsi sensiblement plus faible que pour les analyses fondées sur les données parentales. Cette différence d'effectif peut notamment contribuer à expliquer l'absence d'association observée entre les croyances parentales et les mesures auto-rapportées par les enfants, sans permettre toutefois de conclure que cette absence résulte uniquement d'un manque de puissance.

Une deuxième limite concerne la structure factorielle du questionnaire. Une analyse factorielle confirmatoire n'a officiellement pas pu être menée dans les conditions de la présente étude, notamment au regard de la taille de l'échantillon. Il n'est donc pas possible de déterminer avec suffisamment de robustesse si la structure en quatre facteurs proposée dans la version originale se retrouve dans la version française. Les faibles indices de fidélité observés pour les facteurs 3 et 4 renforcent par ailleurs la nécessité de poursuivre l'examen de cette structure.

Le caractère transversal du devis constitue également une limite importante. Les données ont été recueillies à un moment donné, ce qui permet d'étudier des associations entre les variables mais ne permet pas d'établir de relation temporelle ou causale. Il n'est donc pas possible de déterminer si les croyances parentales contribuent au développement ou au maintien des difficultés de l'enfant, si les difficultés de l'enfant influencent les croyances parentales, ou si ces deux dimensions s'influencent réciproquement. Des études longitudinales seraient nécessaires pour examiner la validité prédictive du PBA-Q au sens strict.

Une autre limite concerne l'utilisation des scores bruts de la CBCL. L'interprétation des résultats aurait pu être renforcée par l'utilisation des scores standardisés prévus par l'instrument, notamment afin de situer les difficultés rapportées par rapport aux normes disponibles. Cette

caractéristique doit être prise en considération lors de la comparaison des résultats avec d'autres travaux et limite notamment la portée clinique des scores observés.

Le recours à plusieurs mesures complétées par un même informateur constitue également une limite. Le PBA-Q et la CBCL étant tous deux remplis par le parent, les associations observées entre ces instruments peuvent en partie refléter un biais de méthode commune, indépendamment d'une relation réelle entre les construits mesurés. La présence d'une mesure directe auprès de l'enfant constitue à cet égard un point positif de l'étude, mais le faible nombre d'enfants ayant participé limite la portée de cette comparaison.

Les faibles indices de cohérence interne observés pour les facteurs 3 et 4 constituent une autre limite. Les scores de ces dimensions doivent être interprétés avec une prudence particulière, puisqu'une faible fidélité augmente l'incertitude entourant les associations observées et peut contribuer à atténuer ou à instabiliser les relations avec les autres variables. Cette limite justifie le réexamen de ces sous-facteurs dans les futures études. De plus, la très faible consistance interne des facteurs 3 et 4 semble liée à la présence des items 6 et 14. Ces items, formulés de manière inversée, ont montré des corrélations négatives avec le score global, suggérant un biais de méthode. La longueur de la batterie de tests (environ 1h) a pu induire une fatigue attentionnelle, rendant le traitement de ces items négatifs plus complexe pour les répondants.

Enfin, l'échantillon a été recruté en population générale et ne correspond donc pas à une population clinique présentant nécessairement des niveaux élevés d'anxiété ou de psychopathologie. Cette caractéristique peut avoir limité la variabilité des scores et donc la possibilité d'observer certaines associations, tout en réduisant la généralisation directe des résultats aux populations cliniques. Des études menées auprès de familles consultant pour un trouble anxieux de l'enfant permettraient de déterminer si les propriétés du PBA-Q se maintiennent dans des contextes cliniques.

6. Implications cliniques

Malgré ces limites, les résultats obtenus présentent plusieurs implications potentielles pour la pratique clinique. Le score global du PBA-Q présente une consistance interne satisfaisante et plusieurs associations avec des construits théoriquement proches, ce qui suggère que l'instrument pourrait constituer un outil intéressant pour explorer les croyances parentales relatives à l'anxiété de l'enfant.

Dans cette perspective, le PBA-Q pourrait trouver une place dans les interventions impliquant les parents, notamment dans les approches cognitivo-comportementales de l'anxiété de l'enfant.

L'identification des croyances parentales pourrait permettre au clinicien de mieux comprendre certaines réactions parentales et d'aborder les interprétations susceptibles de favoriser des comportements tels que la surprotection, l'accommodation ou l'évitement (Francis & Manley, 2022 ; Francis & Roemhild, 2021 ; Friedman et al., 2023 ; Venard et al., 2021). Le questionnaire pourrait ainsi servir de support à la discussion clinique et à la psychoéducation, plutôt que de constituer à lui seul un outil diagnostique ou décisionnel.

Cet apport ne se limite d'ailleurs pas aux approches cognitivo-comportementales. Dans une perspective plus systémique, où l'anxiété de l'enfant est envisagée à travers les interactions et les représentations partagées au sein de la famille (Van Petegem et al., 2021 ; Ye et al., 2025), le PBA-Q pourrait tout autant constituer un support utile pour ouvrir la discussion avec l'ensemble du système familial. En rendant explicites certaines croyances parentales implicites, l'outil pourrait faciliter l'identification de boucles interactionnelles (par exemple entre l'inquiétude parentale et l'évitement de l'enfant) et servir de point d'entrée à un travail de psychoéducation familiale, sans présupposer une lecture strictement individuelle ou comportementale des difficultés observées.

Le PBA-Q ne devrait toutefois pas être utilisé comme un outil diagnostique autonome, compte tenu notamment des limites psychométriques observées pour certains sous-facteurs et de l'absence actuelle de validation suffisante en population clinique.

Enfin, les résultats obtenus avec le STAIC et le CASI soulignent l'intérêt de conserver une approche multi-informateurs dans l'évaluation de l'anxiété de l'enfant. Les croyances du parent et l'expérience subjective de l'enfant ne se recouvrent pas nécessairement ; leur évaluation conjointe permettrait donc de mieux distinguer la perception parentale des difficultés de l'enfant de l'anxiété effectivement vécue par celui-ci.

7. Perspectives de recherche

Les résultats de cette étude ouvrent plusieurs perspectives pour poursuivre la validation de la version française du PBA-Q.

Une première priorité serait de répliquer les analyses psychométriques auprès d'un échantillon plus important. Un effectif plus élevé permettrait notamment de réaliser une analyse factorielle confirmatoire dans de meilleures conditions et de tester plus rigoureusement la structure en quatre facteurs proposée par Francis et Chorpita (2010). Il serait également pertinent de vérifier si cette structure se maintient dans différents groupes de participants et dans différents contextes francophones.

Une attention particulière devrait être accordée aux items 6 et 14. Compte tenu de leurs corrélations item-total négatives et de leur formulation inversée, leur reformulation pourrait être envisagée afin de déterminer si les difficultés observées sont liées au contenu conceptuel des items ou principalement à leur formulation. Des entretiens cognitifs auprès de parents francophones pourraient notamment permettre d'identifier d'éventuelles ambiguïtés d'interprétation avant de procéder à une nouvelle validation quantitative.

Les facteurs 3 et 4 devraient également faire l'objet d'un réexamen. Leur faible cohérence interne, combinée au faible nombre d'items qu'ils comportent, soulève la question de leur homogénéité et de leur pertinence en tant que dimensions distinctes. Une future étude pourrait notamment examiner la possibilité de reformuler, supprimer ou compléter certains items afin d'obtenir une représentation plus cohérente de ces construits.

Il serait également important de poursuivre la validation du questionnaire auprès de populations cliniques. Une étude menée auprès de parents d'enfants présentant un trouble anxieux diagnostiqué permettrait notamment d'examiner si le PBA-Q présente les mêmes propriétés psychométriques dans une population présentant davantage de variabilité symptomatique et si les croyances parentales sont plus fortement associées aux manifestations anxieuses de l'enfant dans ce contexte.

Une étude longitudinale constituerait une autre perspective importante. Elle permettrait de dépasser les limites du devis transversal en examinant si les croyances parentales mesurées à un premier temps sont effectivement associées à l'évolution ultérieure des symptômes anxieux de l'enfant. Une telle approche permettrait ainsi d'étudier la validité prédictive du PBA-Q dans son sens strict et de mieux examiner la direction des relations entre croyances parentales et anxiété de l'enfant.

Les recherches futures pourraient également s'intéresser aux mécanismes susceptibles de relier les croyances parentales aux symptômes de l'enfant. En particulier, il serait pertinent d'examiner le rôle médiateur des comportements parentaux, tels que l'accommodation, la surprotection ou l'évitement, entre les croyances mesurées par le PBA-Q et l'anxiété de l'enfant. Cette approche permettrait de tester plus directement les modèles théoriques selon lesquels les croyances parentales influencent les comportements parentaux, lesquels pourraient ensuite contribuer au maintien ou à l'aggravation de l'anxiété infantile.

Enfin, les recherches ultérieures gagneraient à accorder une attention particulière à la comparaison entre mères et pères. Des échantillons comprenant des effectifs plus équilibrés permettraient de déterminer si l'absence de différence observée dans la présente étude se maintient

dans une population plus large et si certaines dimensions spécifiques des croyances parentales pourraient néanmoins varier selon le genre du parent. Il serait également intéressant d'intégrer une mesure de l'implication parentale afin de déterminer dans quelle mesure celle-ci pourrait contribuer à expliquer les éventuelles similitudes ou différences observées.

Dans l'ensemble, ces perspectives permettraient de passer d'une validation préliminaire du PBA-Q à une validation plus complète de ses propriétés psychométriques, de sa validité dans différents contextes et de son utilité clinique auprès de familles francophones

CONCLUSION

Cette étude visait à réaliser une première évaluation des qualités psychométriques de la version française du Parental Beliefs About Anxiety Questionnaire (PBA-Q), en examinant sa consistance interne, sa validité convergente et sa validité prédictive auprès de 102 parents d'enfants âgés de 8 à 13 ans.

Les résultats sont globalement encourageants. Le score global du PBA-Q présente une consistance interne satisfaisante, proche de celle de la version originale, ainsi que des associations cohérentes avec des construits théoriquement proches, notamment la sensibilité parentale à l'anxiété de l'enfant et la sensibilité anxieuse du parent. En revanche, deux des quatre sous-facteurs (peurs infantiles et « bon parent ») présentent une cohérence interne insuffisante et doivent être interprétés avec prudence.

Concernant la validité prédictive, les croyances parentales sont associées aux difficultés de l'enfant lorsque celles-ci sont rapportées par le parent, mais pas lorsqu'elles sont auto-rapportées par l'enfant, ce qui souligne l'intérêt d'une approche multi-informateurs. Aucune différence significative n'apparaît selon le genre du parent ou de l'enfant sur les croyances mesurées, contrairement à la symptomatologie anxieuse de l'enfant, suggérant que ces deux dimensions répondent à des déterminants au moins partiellement distincts.

Ces résultats doivent être nuancés par plusieurs limites : taille d'échantillon modérée, échantillon non clinique, devis transversal, et absence d'analyse factorielle confirmatoire. Cette étude constitue ainsi une première étape encourageante dans le processus de validation du PBA-Q en français, et ouvre la voie à des recherches complémentaires sur des échantillons plus larges et cliniques, avec un devis longitudinal permettant d'examiner plus rigoureusement le rôle des croyances parentales dans la trajectoire de l'anxiété infantile.

BIBLIOGRAPHIE

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: An integrated system of multi-informant assessment*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families
- Aktar, E. (2022). Transmission intergénérationnelle des biais de traitement de l'information anxieuse : un modèle conceptuel actualisé. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 25, 182-203. <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00390-8>
- Allen, K. B., Tan, P. Z., Sullivan, J. A., Baumgardner, M., Hunter, H., & Glovak, S. N. (2023). An integrative model of youth anxiety : Cognitive-affective processes and parenting in developmental context. *Clinical Child And Family Psychology Review*, 26(4), 1025-1051. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00458-z>
- American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e éd.)* (M.-A. Crocq & J.-D. Guelfi, trad.). Elsevier Masson.
- Apetroaia, A., Hill, C., & Creswell, C. (2015). Parental responsibility beliefs: associations with parental anxiety and behaviours in the context of childhood anxiety disorders. *Journal Of Affective Disorders*, 188, 127-133. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.059>
- Beato, A., Barros, L., & Pereira, A. I. (2018). Father's and mother's beliefs about children's anxiety. *Child Care Health And Development*, 44(5), 784-793. <https://doi.org/10.1111/cch.12603>
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety : Automatic and strategic processes. *Behaviour Research And Therapy*, 35(1), 49-58. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(96\)00069-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(96)00069-1)
- Belon, J.-P. (2019). L'anxiété et les troubles anxieux. *Actualités Pharmaceutiques*, 58(590), 18-22. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2019.09.005>

- Bennett, M., McClure, A., Khalesi, H., Vu, M. T. N., Feng, J., Reupert, A., & Yap, M. B. H. (2025). Differences in parental factors between parents with and without depression or anxiety issues : A systematic review and meta-analysis. *Journal Of Affective Disorders*, 392, 120085. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.120085>
- Bourque, J., Blais, J., & Larose, F. (2009). L'interprétation des tests d'hypothèses : p, la taille de l'effet et la puissance. *Revue des Sciences de l'Éducation*, 35(1), 211-226. <https://doi.org/10.7202/029931ar>
- Bouvard, M., Ayxères-Vighetto, A., Dupont, H., Aupetit, J., Portalier, S., & Arrindell, W. (2003). Index de la sensibilité à l'anxiété révisé (anxiety sensitivity index revised): Validation préliminaire de la version française. *L'Encéphale*, 29(2), 157–164.
- Braet, C., Callens, J., Schittekatte, M., Soye, V., Druart, C., & Roeyers, H. (2011). Évaluation des problèmes émotionnels et comportementaux à l'aide de la Child Behaviour Checklist : pertinence de l'adaptation des normes à la communauté flamande. *Psychologica Belgica*, 51, 213-235. <https://doi.org/10.5334/pb-51-3-4-213>
- Chaplin, T. M., & Aldao, A. (2013). Gender differences in emotion expression in children : A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 139(4), 735-765. <https://doi.org/10.1037/a0030737>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Creswell, C., Waite, P., & Cooper, P. J. (2014). Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents. *Archives Of Disease In Childhood*, 99(7), 674-678. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2013-303768>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334. <https://doi.org/10.1007/bf02310555>
- Deacon, B. J., Abramowitz, J. S., Woods, C. M., & Tolin, D. F. (2003). The anxiety sensitivity index - revised : psychometric properties and factor structure in two nonclinical samples.

Behaviour Research And Therapy, 41(12), 1427-1449. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(03\)00065-2](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(03)00065-2)

Denis, H., & Baghdadli, A. (2016). Les troubles anxieux de l'enfant et l'adolescent. *Archives de Pédiatrie*, 24(1), 87-90. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2016.10.006>

DeVellis, R. F., & Thorpe, C. T. (2022). *Scale development: Theory and applications* (5th ed.). Sage Publications.

Elek, D., Cígler, H., Grüning, D. J., & Ježek, S. (2025). Advancing the psychometrics of reverse-keyed items: Enriching cognitive theory by a logical and linguistic perspective. *Frontiers in Psychology*, 16, 1684612. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1684612>

Emerson, L., Ogielida, C., & Rowse, G. (2018). A systematic review of the role of parents in the development of anxious cognitions in children. *Journal Of Anxiety Disorders*, 62, 15-25. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.11.002>

Fox, J. K., & Fleming, L. E. (2025). Parental cognitions and child anxiety : A systematic review. *Journal Of Anxiety Disorders*, 112, 103021. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2025.103021>

Fox, N. A., Zeytinoglu, S., Valadez, E. A., Buzzell, G. A., Morales, S., & Henderson, H. A. (2022). Annual research review : Developmental pathways linking early behavioral inhibition to later anxiety. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 64(4), 537-561. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13702><https://doi.org/10.1111/jcpp.13702>

Francis, S. E., & Chorpita, B. F. (2010). Development and evaluation of the parental beliefs about anxiety questionnaire. *Journal Of Psychopathology And Behavioral Assessment*, 32(1), 138-149. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9133-5>

Francis, S. E., & Chorpita, B. F. (2011). Parental beliefs about child anxiety as a mediator of parent and child anxiety. *Cognitive Therapy And Research*, 35(1), 21-29. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9255-9>

- Francis, S. E., & Manley, S. (2022). Parental beliefs about anxiety as a mediator of parental overcontrol and adolescent anxiety. *Journal Of Child And Family Studies*, 31(10), 2885-2902. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02378-y>
- Francis, S. E., & Roemhild, E. (2021). Assessing parental cognitions about child anxiety : Are parents' thoughts about child anxiety associated with child anxiety and anxiety sensitivity ? *Journal Of Anxiety Disorders*, 80, 102400. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102400>
- Friedman, H. P., Bilsky, S. A., & Luber, M. J. (2023). Parent anxiety, child anxiety, parental beliefs about anxiety, and parenting behaviors : Examining direct and indirect associations. *Journal Of Child And Family Studies*, 32(11), 3419-3429. <https://doi.org/10.1007/s10826-023-02665-2>
- García-Fernández, J., Postigo, Á., Cuesta, M., González-Nuevo, C., Menéndez-Aller, Á., & García-Cueto, E. (2022). To be direct or not: Reversing Likert response format items. *The Spanish Journal of Psychology*, 25, e24. <https://doi.org/10.1017/SJP.2022.20>
- Hallers-Haalboom, E. T., Maas, J., Kunst, L. E., & Bekker, M. H. (2020). The role of sex and gender in anxiety disorders : Being scared “like a girl” ? *Handbook Of Clinical Neurology*, 175, 359-368. <https://doi.org/10.1016/b978-0-444-64123-6.00024-2>
- Hill, C., Waite, P., & Creswell, C. (2016). Anxiety disorders in children and adolescents. *Paediatrics And Child Health*, 26(12), 548-553. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2016.08.007>
- Hofmann, S. G., & Hay, A. C. (2018). Rethinking avoidance : Toward a balanced approach to avoidance in treating anxiety disorders. *Journal Of Anxiety Disorders*, 55, 14-21. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.03.004>
- Islamiah, N., Breinholst, S., & Walczak, M. A. (2023). Associations between parents' cognitions about child anxiety and emotion dysregulation in clinically anxious children : The unique contribution of fathers. *Child Psychiatry & Human Development*, 55(5), 1269-1278. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01487-5>

- Jacob, M. L., Suveg, C., & Whitehead, M. R. (2013). Relations between emotional and social functioning in children with anxiety disorders. *Child Psychiatry & Human Development*, 45(5), 519-532. <https://doi.org/10.1007/s10578-013-0421-7>
- Johnco, C., Storch, E. A., Oar, E., McBride, N. M., Schneider, S., Silverman, W. K., & Lebowitz, E. R. (2022). The role of parental beliefs about anxiety and attachment on parental accommodation of child anxiety. *Research On Child And Adolescent Psychopathology*, 50(1), 51-62. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00722-8>
- Johnston, C., Park, J. L., & Miller, N. V. (2018). Parental cognitions: Relations to parenting and child behavior. In M. R. Sanders & A. Morawska (Eds.), *Handbook of parenting and child development across the lifespan* (pp. 395–414). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-94598-9_17
- Karhina, K., Bøe, T., Hysing, M., & Nilsen, S. A. (2023). Parental separation, negative life events and mental health problems in adolescence. *BMC Public Health*, 23, Article 2364. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17307-x>
- Klein, B., Rajendram, R., Hrycko, S., Poynter, A., Ortiz-Alvarez, O., Saunders, N., & Andrews, D. (2023). Anxiety in children and youth : Part 1—Diagnosis. *Paediatrics & Child Health*, 28(1), 45-51. <https://doi.org/10.1093/pch/pxac102>
- Kroenke, K. (2001). Studying symptoms : Sampling and measurement issues. *Annals Of Internal Medicine*, 134(9 Pt 2), 844-853. https://doi.org/10.7326/0003-4819-134-9_part_2-200105011-00008
- Lehrbach, K. R., Crane, M. E., Olino, T. M., & Kendall, P. C. (2023). Anxiety sensitivity and experiential avoidance : Relations with anxiety severity and treatment outcomes in anxious youth. *Cognitive Therapy And Research*, 47(5), 841-850. <https://doi.org/10.1007/s10608-023-10408-2>
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Psychology Foundation.

- Manley, S., & Francis, S. E. (2022). The role of parental anxiety sensitivity and beliefs about child anxiety in the relationship between parent and child anxiety. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 44(1), 125–138. <https://doi.org/10.1007/s10862-021-09937-5>
- Manuele, S., Yap, M., Lin, S., Pozzi, E., & Whittle, S. (2023). Associations between paternal versus maternal parenting behaviors and child and adolescent internalizing problems : A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 105, 102339. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102339>
- Martel, M. M., Markon, K., & Smith, G. T. (2016). Research Review : Multi-informant integration in child and adolescent psychopathology diagnosis. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 58(2), 116-128. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12611>
- McLaughlin, K. A., Greif Green, J., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2012). Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of US adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 69(11), 1151–1160. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.2277>
- Möller, E. L., Nikolić, M., Majdandžić, M., & Bögels, S. M. (2016). Associations between maternal and paternal parenting behaviors, anxiety and its precursors in early childhood : A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 45, 17-33. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.002>
- Morawska, A. (2020). The effects of gendered parenting on child development outcomes : A systematic review. *Clinical Child And Family Psychology Review*, 23(4), 553-576. <https://doi.org/10.1007/s10567-020-00321-5>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- O'Connor, E. E., Holly, L. E., Chevalier, L. L., Pincus, D. B., & Langer, D. A. (2020). Parent and child emotion and distress responses associated with parental accommodation of child anxiety symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 76(7), 1390–1407. <https://doi.org/10.1002/jclp.22941>

- Platt, R., Williams, S. R., & Ginsburg, G. S. (2015). Stressful life events and child anxiety : Examining parent and child mediators. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(1), 23-34. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0540-4>
- Pedersen, M. L., Holen, S., Lydersen, S., Martinsen, K., Neumer, S., Adolfsen, F., & Sund, A. M. (2019). School functioning and internalizing problems in young schoolchildren. *BMC Psychology*, 7(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0365-1>
- Podsakoff, P. M., Podsakoff, N. P., Williams, L. J., Huang, C., & Yang, J. (2024). Common method bias : It's bad, it's complex, it's widespread, and it's not easy to fix. *Annual Review Of Organizational Psychology And Organizational Behavior*, 11(1), 17-61. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-110721-040030>
- Ramasawmy, S. (2015). *Validation of the French Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) and predictors of depression in an adolescent Mauritian population* [Doctoral dissertation, Aix-Marseille Université]. Thèses.fr. <https://doi.org/10.70675/e7a213c9za0cez4d69z8296zb0f765591921>
- Rapee, R. M., Creswell, C., Kendall, P. C., Pine, D. S., & Waters, A. M. (2023). Anxiety disorders in children and adolescents : A summary and overview of the literature. *Behaviour Research And Therapy*, 168, 104376. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104376>
- Sahib, A., Chen, J., Cárdenas, D., & Callear, A. (2023). Intolerance of uncertainty and emotion regulation : A meta-analytic and systematic review. *Clinical Psychology Review*, 101, 102270. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102270>
- Silverman, W. K., Fleisig, W., Rabian, B., & Peterson, R. A. (1991). Childhood Anxiety Sensitivity Index. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20(2), 162–168. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2002_7
- Spielberger, C. D., & Edwards, C. D. (1973). *STAIC preliminary manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children ("How I Feel Questionnaire")*. Consulting Psychologists Press.

- Stassart, C., Dardenne, B., & Etienne, A. (2017). The role of parental anxiety sensitivity and learning experiences in children's anxiety sensitivity. *British Journal Of Developmental Psychology*, 35(3), 359-375. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12172>
- Stassart, C., & Etienne, A.-M. (2014). A French Translation of the Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI) : Factor Structure, Reliability and Validity of This Scale in a Nonclinical Sample of Children. *Psychologica Belgica*, 54(2), 222-241. <https://doi.org/10.5334/pb.an>
- Swain, S. D., Weathers, D., & Niedrich, R. W. (2008). Assessing three sources of misresponse to reversed Likert items. *Journal of Marketing Research*, 45(1), 116–131. <https://doi.org/10.1509/jmkr.45.1.116>
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Taylor, S., & Cox, B. J. (1998). An expanded anxiety sensitivity index: Evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(5), 463–484. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(98\)00028-0](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(98)00028-0)
- Turgeon, L., & Chartrand, É. (2003). Psychometric properties of the French Canadian version of the State-Trait anxiety inventory for children. *Educational And Psychological Measurement*, 63(1), 174-185. <https://doi.org/10.1177/0013164402239324>
- Vallance, A. K., & Fernandez, V. (2016). Anxiety disorders in children and adolescents : aetiology, diagnosis and treatment. *BJPsych Advances*, 22(5), 335-344. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.114.014183>
- Van Doorn, M. M. E. M., Boddien, D., Jansen, M., Rapee, R. M., & Granic, I. (2018). Linking mother–child discrepancies to behavioral observations of children's anxiety. *Child & Youth Care Forum*, 47(4), 481-498. <https://doi.org/10.1007/s10566-018-9441-6>
- Van Petegem, S., Albert Sznitman, G., Darwiche, J., & Zimmermann, G. (2021). Putting parental overprotection into a family systems context: Relations of overprotective parenting

with perceived coparenting and adolescent anxiety. *Family Process*, 61(2), 792–807. <https://doi.org/10.1111/famp.12709>

Venard, G., Brito, V. P., Eeckhout, P., Zimmermann, G., & Van Petegem, S. (2021). Quand le parent veut trop bien faire : état de la littérature sur le phénomène de surprotection parentale. *Psychologie Française*, 68(2), 247-260. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2021.11.001>

Wisseman, K., Gorday, J. Y., & Meyer, A. (2018). The parent sensitivity to child anxiety index. *Child Psychiatry & Human Development*, 49(5), 814-821. <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0797-5>

Ye, Z.-Y., Han, Z.-Y., & Zhong, B.-L. (2025). Fonctionnement familial et anxiété chez l'enfant : une revue narrative. *Translational Pediatrics*, 14, 2311-2320. <https://doi.org/10.21037/tp-2025-324>