

Mémoire original

Impact du régime d'éviction sur la néophobie dans le cadre d'une allergie alimentaire chez l'enfant : étude exploratoire

Food allergy in the child: an exploratory study on the impact of the elimination diet on food neophobia

N. Rigal ^{a,*}, F. Reiter ^a, C. Morice ^b, D. De Boissieu ^c, C. Dupont ^c

^a Département de psychologie, université Paris-X-Nanterre, 200, avenue de la République, 92000 Nanterre, France

^b Association française des polyallergiques, 2bis, rue du château, 92200 Neuilly-sur-Seine, France

^c Hôpital Cochin-Saint-Vincent-de-Paul, université Paris-V et Assistance-publique-hôpitaux-de-Paris, 82, avenue Denfert-Rochereau, 75674 Paris cedex 14, France

Reçu le 7 décembre 2004 ; accepté le 26 février 2005

Disponible sur internet le 28 septembre 2005

Résumé

Objectifs. – Notre étude avait pour objectif d'évaluer l'impact d'un régime d'éviction dans le cadre d'une allergie alimentaire infantile, et de son vécu par les parents, sur les réticences ultérieures des enfants à goûter des aliments inconnus, la néophobie alimentaire.

Méthodes. – Le degré de néophobie alimentaire des enfants anciennement allergiques (moyenne sept ans deux mois) et d'un membre de leur fratrie (neuf ans cinq mois) a été évalué à l'aide d'une échelle standardisée de néophobie alimentaire et d'un questionnaire de familiarité alimentaire rempli par les enfants. Les parents ont complété un questionnaire sur la maladie et ses conséquences pour la famille.

Résultats. – Les enfants anciennement allergiques se sont déclarés plus réticents à essayer des aliments nouveaux que leur frère et/ou sœur non-allergique, comme en témoignent leur score à l'échelle de néophobie alimentaire et le nombre d'aliments encore inconnus après la guérison. Deux facteurs majoraient le degré de néophobie alimentaire : le caractère pénible et la durée de la période avant que le diagnostic ait été établi, ainsi que le caractère pénible et le peu de variété dans la préparation des repas.

Conclusion. – La néophobie alimentaire, normale entre deux et dix ans, est renforcée par le régime d'éviction subi dans le cadre d'une allergie alimentaire, et ce d'autant plus que le diagnostic a été porté tardivement, et que la période avant le diagnostic ainsi que la préparation des repas ont été vécus comme pénibles.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Objectives. – This study was designed to analyse the impact of an elimination diet in children with food allergy, and its perception by their parents on the later reticence of children to test unknown foods, food neophobia.

Methods. – The degree of food neophobia of children having outgrown their allergy (mean age, 7 years 2 months) was compared to that of a sibling (9 years 5 months) using a standardized scale and a questionnaire of food friendliness. Parents were also asked to fill in a questionnaire on the disease and its burden on the family.

Results. – Children having outgrown their allergy are more reluctant to test new foods than their non-allergic brother or sister, as shown by their scoring on the food neophobia scale and the number of unknown foods following the cure of the disease. Two factors increase the level of food neophobia, the distressing effect and the duration of the period elapsed until the diagnosis was made, as well as the distressing effect and the lack of variety in the meal preparation.

Conclusion. – Food neophobia, a normal phase between 2 and 10 years, is worsened by the elimination diet required by food allergy, especially in case of late diagnosis and when the time elapsed before diagnosis and the preparation of meals were perceived as difficult to bear.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Allergie alimentaire ; Préférences alimentaires

Keywords: Eating; Food preferences; Feeding behavior; Child

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : rigal@u-paris10.fr (N. Rigal).

L'allergie alimentaire est une affection potentiellement sévère, touchant 5 % de la population infantile et nécessitant de nombreuses mesures thérapeutiques, au premier plan desquelles se situe l'éviction alimentaire. Récemment, l'intérêt s'est porté sur l'impact de la maladie sur le bien-être psychologique de l'enfant et cette affection fait désormais l'objet de travaux destinés à mesurer l'altération de la qualité de la vie des enfants atteints. Des études ont ainsi pu montrer que, comparativement aux maladies rhumatismales [1] et au diabète insulino-dépendant [2], l'allergie alimentaire affecte particulièrement la qualité de vie de l'enfant et de sa famille, quel que soit le nombre de symptômes morbides associés [3]. Aucune étude, à notre connaissance, ne s'est intéressée à l'impact psychologique de cette maladie après la guérison, notamment dans le domaine du comportement alimentaire. Pourtant, le développement et la guérison de la maladie couvrent généralement une période d'âge au cours de laquelle l'enfant développe de nombreux apprentissages dans le domaine alimentaire, comme celui de la diversification.

La période de diversification est paradoxalement concomitante avec une phase de néophobie alimentaire, ou réticence à goûter des aliments nouveaux. La néophobie alimentaire est un phénomène normal qui concerne 77 % des enfants [4], qui débute aux alentours de deux ans, dont l'intensité s'accroît entre quatre et sept ans, et qui diminue ensuite progressivement [5]. Plus l'enfant est néophobe, plus son répertoire de consommation alimentaire est restreint [6–8] et moins bon est son ajustement aux recommandations nutritionnelles [9]. Dans sa forme pathologique, la néophobie alimentaire peut déboucher sur un syndrome d'hypersélectivité [10,11] qui entrave largement les processus de diversification et d'adaptation sociale de l'enfant.

Notre étude a eu pour objectif d'évaluer l'impact d'un régime d'éviction dans le cadre d'une allergie alimentaire infantile, et de son vécu par les parents, sur les comportements alimentaires ultérieurs des enfants, et notamment leur réticence à goûter des aliments inconnus. La question était de savoir si l'allergie alimentaire accentuait la néophobie alimentaire normale de l'enfant.

1. Population et méthodes

1.1. Population

En avril 2003, un courrier a été envoyé à 249 familles adhérentes à l'Association française des polyallergiques entre 1995 et 2000. Les critères d'inclusion des enfants du groupe clinique ont été les suivants : enfant anciennement allergique, âgé entre cinq ans et 14 ans, aîné de la famille dans le cas d'une fratrie multiple. Les enfants « anciennement allergiques » ont fait l'objet d'un diagnostic de guérison de leur allergie alimentaire, attestée dans tous les cas d'allergie aux allergènes majeurs (notamment arachide, œuf, lait, poisson, soja, moutarde) par la négativité du ou des tests correspondants de provocation orale. Ils ne relèvent plus d'un régime

d'élimination, comme cela a été expliqué aux parents après les tests de provocation.

Le groupe témoin est composé d'un membre de la fratrie de la même catégorie d'âge qui n'a jamais connu d'allergie alimentaire. La comparaison avec une sœur ou un frère permet de garder constantes, entre le groupe clinique et le groupe témoin, les habitudes alimentaires de la famille.

1.2. Outils

Les enfants ont répondu à deux questionnaires, avec l'aide des parents pour les participants les plus jeunes. Le premier était une version française, produite par rétrotraduction, du *Food situation questionnaire* (FSQ) [12] qui évalue à travers dix items la néophobie alimentaire des enfants de 7 à 12 ans, présente une validité de structure et une fidélité satisfaisante, et prédit les comportements des enfants en situation de choix entre aliments nouveaux et aliments familiers. La moyenne obtenue à ce questionnaire FSQ correspond au premier indice de néophobie. Le deuxième outil était un inventaire de préférences alimentaires (IPA) comprenant une liste de 62 aliments que l'enfant cotait en termes de connaissance (« as-tu déjà goûté cet aliment ? oui-non »). Le nombre de réponses négatives correspond au second indice de néophobie, car il évalue la taille du répertoire de l'enfant à travers le nombre d'aliments encore inconnus (INC) après la guérison.

Les parents remplissaient un questionnaire de 44 items concernant l'allergie alimentaire selon quatre dimensions : la période avant le diagnostic, le diagnostic et le suivi médical, les répercussions de la maladie dans la vie quotidienne et l'état actuel du régime (Questionnaire du vécu de l'allergie alimentaire ou QAA, comprenant une majorité d'échelles en quatre points, cf. Annexe A). Ce questionnaire a été soumis en pré-test à une vingtaine de parents ayant des enfants allergiques afin de vérifier son niveau de compréhension. Seules deux questions ont été modifiées. La réponse au dernier item du QAA, PEUR (item 44 : « Votre enfant avait-il PEUR de se rendre aux séances de réintroduction ? ») correspond au troisième indicateur de néophobie de l'enfant. Il renvoie aux craintes de l'enfant de goûter les aliments anciennement interdits dans le cadre des tests de provocation orale à visée de confirmation de guérison.

1.3. Analyses statistiques

Au total, trois scores témoignaient du niveau de néophobie alimentaire de l'enfant, le score obtenu au FSQ, le score INC (nombre d'aliments inconnus) et la réponse des parents à l'item PEUR du QAA. Quel que soit l'indice, plus les scores augmentent, plus ils témoignent d'un fort niveau de néophobie.

Les analyses statistiques ont porté sur des traitements non paramétriques : test *U* de Mann-Whitney pour comparer les groupes entre eux et corrélations des rangs de Spearman pour évaluer les liens entre variables.

2. Résultats

2.1. Participants

Sur 249 courriers, 87 ont été retournés (35 %), dont certains éliminés de l'analyse, parce que l'âge de l'enfant était inapproprié ou les protocoles incomplets. L'échantillon clinique retenu comprenait 45 sujets (31 garçons et 14 filles), âgés en moyenne de sept ans deux mois ($SD = 2,7$, min = quatre ans deux mois, max = 14 ans cinq mois). Seuls les protocoles de huit frères et 13 sœurs, âgés en moyenne de neuf ans cinq mois ($SD = 3,03$, min = cinq ans, max = 16 ans cinq mois), ont pu être retenus pour le groupe témoin. Il n'y a pas d'indication sur l'origine géographique des participants.

Le type d'allergie alimentaire et la nature des allergènes n'ont pas été pris en compte en raison de l'imprécision des réponses, due à un taux élevé de polyallergies ou à la confusion faite entre aliments allergènes et allergisants. Ainsi, dans un nombre important de cas, la liste citée recouvrait la liste quasi-exhaustive des principaux allergènes alimentaires. Le nombre de symptômes, cochés parmi une liste de 18 (cf. Annexe B), variait considérablement d'un enfant à l'autre (inférieur à six = 48 %, de six à neuf signes = 45 %, supérieur à dix = 7 %). Par ailleurs, 65 % des enfants avaient souffert de troubles respiratoires, 58 % de troubles cutanés, et 57 % de troubles digestifs. Deux sphères étaient touchées dans 42 % des cas. Chez ces enfants médicalement considérés comme guéris, 80 % des sujets (36/45) excluaient encore entre un à dix aliments de leur répertoire (en moyenne 3,5 aliments).

Les deux groupes, clinique et témoin, se distinguaient par l'âge ($U = -2,43$, $p = 0,017$) et le sexe ($\chi^2 = 8,53$, $p = 0,034$). Des analyses complémentaires indiquaient que pour les variables considérées (FSQ, INC, PEUR), ni l'âge (respectivement, $p = 0,27$; $p = 0,64$; $p = 0,25$), ni le sexe (respectivement, $p = 0,51$, $p = 0,26$, $p = 0,93$) n'avaient d'effet.

Il existait une homogénéité entre l'âge des mères (en moyenne 38 ans) et celui des pères (39 ans), et une surreprésentation des parents ayant effectué des études supérieures, surtout chez les mères (91 vs 77 % des pères). Malgré la possibilité laissée aux pères, seules les mères ont rempli le questionnaire.

2.2. Validité du QAA

La construction du questionnaire QAA a été soumise à des analyses préalables. Le premier axe d'une Analyse en composantes principales (38 % de l'inertie) a opposé les items autour de la variété dans les achats et de la préparation des repas et du non-repliement sur la famille aux items de frustration et de PEUR (voir Annexe A pour les items concernés). Les items qui composent chacun des quatre premiers de ces facteurs présentaient des corrélations fortes entre eux (respectivement, coefficient α de Cronbach = 0,72, 0,61, 0,84, 0,79), ce qui n'était en revanche pas le cas pour le facteur PEUR ($\alpha = 0,39$). Ainsi, la cohérence interne du question-

naire, tant sur le plan statistique que psychologique, pouvait-elle être considérée satisfaisante.

2.3. Comparaison entre les groupes

La comparaison entre le groupe clinique et le groupe témoin a montré que les enfants anciennement allergiques obtenaient des scores de néophobie FSQ plus forts ($m = 6,80$) que ceux du groupe témoin ($m = 6,00$) ($U = 313$, $p = 0,05$). Cette différence ne pouvait pas être imputée aux différences d'âge ou de sexe entre les groupes car les scores de néophobie n'évoluaient ni avec l'âge ni avec le sexe. Le score INC (nombre d'aliments inconnus) était plus important chez les enfants du groupe clinique ($m = 14,27$) que chez ceux du groupe témoin ($m = 5,90$) ($U = 313$, $p = 0,05$). Cette enquête préliminaire n'a pas établi de strate selon le ou les allergènes ni selon la nature des symptômes, notamment anaphylactiques ou non.

2.4. Lien entre les variables du questionnaire QAA et les variables de néophobie

L'ensemble des items du QAA dont les réponses ont été reportées sur des échelles a été corrélé avec les scores FSQ, INC et PEUR (Tableau 1). Chacun des trois items (items 1, 2, 3) qui concerne le régime passé et actuel de l'enfant était positivement lié à INC : plus le nombre d'aliments interdits par le médecin, exclus par la mère pendant la maladie ou encore exclus lors de la passation du questionnaire augmentait, plus le nombre d'aliments déclarés inconnus après la guérison était important. En revanche, aucun de ces trois items n'avait de lien avec les scores FSQ ou PEUR. Trois des quatre items qui touchent à la période précédant le diagnostic (items 4, 5, 6) étaient liés avec au moins un des indices FSQ, INC, ou PEUR. Deux parmi les sept items en rapport avec le diagnostic et le suivi médical (items 8, 5/8) étaient liés avec l'indice PEUR uniquement. Un seul item de la dimension PEUR (item 42) avait un lien avec l'indice INC. Tous les items qui concernaient les repas (items 18 à 26), sauf l'item 23, étaient liés à au moins un indice FSQ, INC, ou PEUR. Le manque de variété des aliments et des marques choisis était lié à deux indices FSQ et PEUR. Sur sept items qui témoignent d'un repliement sur la famille, trois (31, 32, 36) étaient liés avec un seul des trois indices FSQ, INC, ou PEUR. Enfin, aucun des items de la dimension frustration ou soutien social n'avait de lien avec les variables FSQ, INC, ou PEUR.

3. Discussion

Les enfants anciennement allergiques se déclarent plus réticents à essayer des aliments nouveaux que leur frère et/ou sœur non-allergique, comme en témoignent leur score à une échelle de néophobie alimentaire et le nombre d'aliments encore inconnus après la guérison.

Ce résultat confirme les études de Rozin [13] selon lesquelles la néophobie alimentaire présente un avantage adap-

Tableau 1

Corrélations entre les items du questionnaire d'allergie alimentaire (QAA) et les indices de néophobie (FSQ, INC, PEUR) (ρ de Spearman)

Items DU QAA	FSQ	INC	PEUR	Items DU QAA	FSQ	INC	PEUR
<i>Régime passé et actuel</i>				<i>Vie quotidienne</i>			
Passé				Peur de l'accident			
Nombre d'aliments interdits par le médecin		0,37 ^a		En votre présence		0,35 ^a	
Nombre d'aliments exclus par la mère		0,42 ^a		Autour des repas			
Actuel				Variété dans les aliments	−0,35 ^a		−0,37 ^b
Nombre d'aliments exclus		0,62 ^c		Variété dans les marques	−0,30 ^a		−0,29 ^a
				Caractère pénible des courses			0,35 ^a
<i>Période avant le diagnostic</i>				Caractère pénible de faire la cuisine		0,35 ^a	
Âge des premiers symptômes	0,30 ^a	0,30 ^a		Caractère pénible de respecter l'équilibre		0,39 ^b	
Nombre de symptômes	0,41 ^b		0,44 ^c	Famille mange comme l'enfant		0,36 ^a	
Caractère pénible des symptômes		0,31 ^a		Repliement familial			
				L'enfant voit ses amis à la maison plutôt qu'en dehors	0,38 ^b		
<i>Diagnostic et suivi médical</i>				Restriction des sorties chez des amis		0,32 ^a	
Âge du diagnostic			0,37 ^a	Restriction des sorties au restaurant			0,32 ^a
Durée symptômes/diagnostic			0,37 ^a				

• QAA : seuls les items faisant l'objet d'une corrélation significative sont inclus dans le tableau. • FSQ : score obtenu à l'échelle de néophobie alimentaire *Food neophobia scale*. • INC : nombre d'aliments déclarés inconnus parmi la liste de l'IPA (60 aliments). • PEUR : selon les déclarations de la mère, PEUR ressentie par l'enfant lors des séances de réintroduction.

^a $p < 0,05$.

^b $p < 0,01$.

^c $p < 0,001$.

tatif pour les omnivores. En effet, leur régime alimentaire les prédisposant à explorer de nouvelles sources de nourritures, la néophobie conduit les omnivores à une grande circonspection lors de l'exploration alimentaire, ce qui diminue le risque d'empoisonnement. L'observation d'espèces animales omnivores atteste de l'existence de comportements qui réduisent le risque toxique : les rats n'ingèrent qu'une petite quantité de nourriture quand celle-ci est inconnue [14] ; les jeunes singes ne goûtent les produits nouveaux qu'à condition qu'un adulte ait procédé de la sorte auparavant [15].

Chez l'homme, le niveau de néophobie alimentaire d'enfants nord-américains de six mois à cinq ans évolue parallèlement au nombre de consultations dans les centres antipoison : 40 % des accidents par empoisonnement se situent entre la deuxième et la troisième année, âge du plus bas niveau de néophobie ; le nombre d'empoisonnements diminue ensuite régulièrement, en même temps qu'augmente le degré de néophobie [16]. La plus grande ouverture de l'enfant entre l'âge de un et deux ans révolus lui permettrait d'apprendre le répertoire alimentaire propre à sa culture : l'auteur parle d'une période sensible du développement. Ses réticences ultérieures le protégeraient de découvertes dangereuses en dehors de ce répertoire. L'enfant peut cependant apprendre à dépasser ces réticences par des consommations répétées [5]. L'allergie alimentaire est essentiellement une maladie du développement, qui survient précisément lors de la période d'apprentissage du répertoire alimentaire. Le régime d'éviction retarde cet apprentissage et accentue la perception du caractère nocif des aliments. Nos résultats indiquent par ailleurs que la néophobie des enfants anciennement allergiques n'évolue pas au cours du développement, comme elle le fait dans les populations d'enfants sains [4]. Ainsi, la maladie ne ferait-elle qu'accentuer et prolonger une peur banale chez l'enfant, celle de s'intoxiquer par l'ingestion d'un produit inconnu.

Nos résultats montrent que deux facteurs aggravent la néophobie alimentaire de l'enfant anciennement allergique : le caractère pénible et la durée de la période précédant le diagnostic, ainsi que le caractère pénible et le peu de variété dans la préparation des repas. Ces deux dimensions affectent négativement chacune des trois variables considérées, pourtant de nature très différente. L'impact de la période avant le diagnostic sur les comportements alimentaires actuels de l'enfant peut être compris à la lumière du concept d'aversion conditionnée bien établi dans le domaine alimentaire : un aliment goûté pour la première fois suivi d'un malaise digestif fait l'objet d'un rejet très massif et durable [17]. L'enfant allergique a connu, avant que le diagnostic ne soit posé, de nombreux épisodes de malaise ou de douleur liés à l'ingestion de l'allergène. Il a pu ainsi développer un nombre important de rejets alimentaires, propres aux aliments contenant l'allergène, mais peut-être aussi généralisés à l'ensemble des produits inconnus, ingérés en même temps que l'aliment contenant l'allergène.

Le fait que le peu de variété dans les aliments achetés et les marques choisies accentue les réticences de l'enfant guéri à goûter des produits nouveaux est en accord avec des données issues d'études longitudinales. Celles-ci ont montré que la variété alimentaire de la prime enfance (à l'âge de deux ans) prédit la variété alimentaire ultérieure, à huit ans [9] et à l'âge adulte [18]. Les restrictions induites par le régime d'éviction, souvent entamé aux environs de deux ans, pourraient ainsi contribuer à rendre compte du fort niveau de néophobie après la guérison. La même interprétation peut être proposée pour l'ampleur de la restriction du régime (nombre d'aliments interdits par le médecin ou exclus par la mère) qui affecte le nombre d'aliments inconnus aujourd'hui.

Les résultats obtenus dans la dimension du repliement social sur la famille sont moins évidents en ce sens que peu

d'items sont concernés et liés avec seulement un de nos indices. La dimension du soutien social ne fait l'objet d'aucun résultat significatif. L'analyse en composantes principales révèle cependant que les familles les plus repliées sur elles-mêmes sont également celles qui proposent la moins grande variété alimentaire à leurs enfants, et dont les peurs et frustrations sont les plus importantes. La question se pose alors de savoir si ces résultats sont expliqués par le type et/ou le nombre d'allergènes concernés ou par des profils psychologiques propres à chaque famille. Seul le recueil d'informations pertinentes sur les allergènes en cause permettra de répondre.

Enfin, aucun résultat significatif n'a été observé dans les dimensions des frustrations alimentaires, alors que d'autres études [2] attestent de leur existence. Si les frustrations alimentaires existent bien, notre étude montre qu'elles ne sont pas compensées, une fois la guérison survenue, par une attirance accentuée pour les produits auparavant interdits. Au contraire, les restrictions ont un impact négatif sur la volonté de l'enfant, une fois guéri, à goûter des aliments nouveaux.

La constitution de notre échantillon impose deux remarques. Premièrement, un biais de sélection des participants est possible, voire vraisemblable, puisque les parents, dont une majorité ont un niveau d'études supérieures, ont été recrutés par l'intermédiaire d'une association. Ils ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble de la population des familles touchées par l'allergie alimentaire. De plus, le nombre de retours du questionnaire est faible. Il est possible que les parents dont les enfants souffrent de troubles du comportement alimentaire aient davantage répondu au questionnaire que les autres parents, ce qui peut avoir majoré artificiellement le taux de néophobie alimentaire.

En second lieu, une majorité d'enfants médicalement guéris excluaient encore certains aliments de leur répertoire de consommation. Différentes interprétations peuvent être suggérées. La première est de nature méthodologique : la question « votre enfant peut-il consommer actuellement tous les aliments ? », formulée parmi d'autres pour établir la guérison, aurait été mal comprise. Le fait de « pouvoir consommer » ne renvoie pas nécessairement à un critère médical, comme nous l'entendions. La majorité des parents ont peut-être répondu en référence au dégoût ressenti par leur enfant pour certains aliments. La seconde interprétation est d'ordre psychologique. Certains parents n'autoriseraient pas leur enfant à consommer les aliments auparavant interdits par peur des conséquences médicales de l'ingestion. Une telle attitude de maintien du régime est importante à considérer dans le cadre de la néophobie alimentaire. En effet, des études [19,20] ont montré l'influence du contexte socioaffectif sur la familiarisation avec des aliments. Dans l'étude de Birch et al. [19], les enfants goûtant de façon répétée des aliments dans un contexte chaleureux voient leur préférence s'accroître au cours du temps, contrairement aux enfants goûtant les mêmes aliments dans un contexte neutre. Par extension et a contrario, il est probable qu'un contexte anxiogène (la peur des parents à réintroduire les aliments auparavant interdits) ait un

impact négatif sur l'acceptation de l'enfant allergique à goûter un aliment longtemps considéré comme nocif pour lui.

4. Conclusion

Cette étude, exploratoire, présente des limites :

- elle a suscité la création d'un outil, le QAA, dont la structure générale est apparue satisfaisante, mais dont la capacité à identifier les allergènes et le niveau de tolérance acquise doit être améliorée afin de réaliser des analyses supplémentaires fondées sur la nature exacte de la maladie ;
- la validité de l'outil d'évaluation de la néophobie alimentaire auprès des enfants de moins de sept ans doit être vérifiée ;
- l'étude porte sur un échantillon qui n'est peut-être que partiellement représentatif des familles concernées par l'allergie alimentaire.

Les résultats doivent donc être considérés comme préliminaires et non généralisables à l'ensemble de la population. Malgré ces restrictions, la cohérence générale de résultats invite à proposer des pistes de réflexion sur la prise en charge des enfants développant une allergie alimentaire, comme l'importance de la précocité du diagnostic et l'accompagnement à la préparation de repas lors de la période d'éviction alimentaire.

Remerciements

Aides financières.

Ce travail a été en partie réalisé grâce à une aide financière des laboratoires Bristol-Squibb.

Annexe A. Tableau récapitulatif des items du questionnaire d'allergie alimentaire (QAA)

A.1. Régime passé et actuel

- Quels sont les aliments qui étaient interdits par le médecin ?
- Quels sont les aliments qui étaient exclus par les parents ?
- Votre enfant peut-il consommer actuellement tous les aliments ?

A.2. Période avant le diagnostic

- Quels étaient les symptômes de votre enfant avant le diagnostic ?
- À quel âge sont apparus ces premiers symptômes ?
- La période avant le diagnostic a-t-elle été très pénible à vivre ?
- Combien de spécialistes avez-vous dû consulter avant que le diagnostic soit porté ?

A.3. Diagnostic et suivi médical

- À quel âge le diagnostic d'allergie alimentaire a-t-il été prononcé ?
- Est-ce que l'annonce de ce diagnostic a été un soulagement ?
- Le médecin vous a-t-il présenté l'allergie alimentaire de façon alarmante ?
- Quels ont été les aliments allergènes interdits par votre médecin ?
- Existe-t-il des aliments qui n'étaient pas interdits mais que, par sûreté, vous ne proposiez pas ?
- Le régime alimentaire a-t-il amélioré l'état de santé général de votre enfant ?
- Le nombre de consultations chez l'allergologue était selon vous suffisant ?
- Étiez-vous pressé(e) de vous rendre aux consultations de réintroduction ?
- Quels symptômes votre enfant avait-il lors de ces accidents ?
- Quand avez-vous arrêté les consultations d'allergie alimentaire ?

A.4. Répercussions sur la vie quotidienne

A.4.1. Autour de la préparation des repas

- Faire les courses était-il pénible ?
- Préparer les plats était-il pénible ?
- Faire des repas équilibrés était-il pénible ?
- Achetiez-vous toujours les mêmes types d'aliments ?
- Achetiez-vous toujours les mêmes marques ?
- Prépariez-vous les plats toujours de la même façon ?
- Cuisiniez-vous des aliments que vous n'achetiez auparavant ?
- Cherchiez-vous davantage la variété dans le mode de préparation des plats qu'auparavant ?
- Pendant les repas, les membres de la famille mangeaient-ils comme l'enfant allergique ?

A.4.2. Soutien social

- Aviez-vous assez suffisamment confiance en votre entourage pour confier votre enfant allergique ?
- Aviez-vous le sentiment d'être indispensable à votre enfant ?
- Les personnes à qui vous confiez votre enfant prenaient-ils l'allergie au sérieux ?
- Est-il arrivé que des gens ne croient pas en l'existence des allergies de votre enfant ?

A.4.3. Repliement familial

- Êtes-vous allés au restaurant ?
- Êtes-vous allés manger chez des amis ?
- Êtes-vous allés en week-end ?
- Êtes-vous allés en vacances ?
- L'organisation des vacances était-elle pénible ?
- Préfériez que votre enfant joue avec ses camarades plutôt chez vous que chez les autres ?

- Votre enfant a-t-il pu se rendre à tous les goûters d'anniversaire auxquels il était invité ?
- Nombre de stratégies mises en place pour que l'enfant puisse se rendre aux anniversaires.

A.4.4. Frustrations

- Ne pas pouvoir acheter à votre enfant ce que les autres enfants aiment, a-t-il été pénible ?
- Supporter les privations alimentaires de mon enfant, m'a semblé pénible ?
- Pour mon enfant, les frustrations ont été difficiles à supporter ?

A.4.5. Peur

- Aviez-vous peur que votre enfant mange des aliments allergènes en votre présence ?
- Aviez-vous peur que votre enfant mange des allergènes quand il était à l'extérieur ?
- Avait-il peur des tentatives de réintroduction ?

Annexe B. Liste des symptômes associés à la maladie proposée dans le QAA

Eczéma, pleurs nocturnes, constipation, urticaire, vomissements, diarrhée, rhinites, toux, douleurs abdominales, difficultés respiratoires, malaise cardiaque, crise d'asthme, œdème de Quincke, œdème non spécifique au visage, trouble de la croissance, reflux gastro-œsophagien, choc anaphylactique, autres.

Références

- [1] Primeau MN, Kagan R, Joseph L, et al. The psychological burden of peanut allergy as perceived by adults with peanut allergy and the parents of peanut-allergic children. *Clin Exp Allergy* 2000;30:1135–43.
- [2] Avery NJ, King RM, Knight S, et al. Assessment of quality of life in children with peanut allergy. *Pediatr Allergy Immunol* 2003;14:378–82.
- [3] Sicherer SH, Noone SA, Munoz-Furlong A. The impact of childhood food allergy on quality of life. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2001;87:461–4.
- [4] Hanse L. La néophobie alimentaire chez l'enfant. Thèse : Psychol : Université de Paris X. 1994.
- [5] Rigal N. L'exposition répétée permet-elle de dépasser la néophobie alimentaire ? Application chez des enfants français soumis à des produits salés. *Eur Rev Appl Psychol* 2005;55:43–50.
- [6] Falciglia GA, Couch SC, Gribble LS, et al. Food neophobia in childhood affects dietary variety. *J Am Diet Assoc* 2000;100:1474–81.
- [7] Cooke L, Wardle J, Gibson EL. Relationship between parental report of food neophobia and everyday food consumption in 2-6-year-old children. *Appetite* 2003;41:205–6.
- [8] Galloway AT, Lee Y, Birch LL. Predictors and consequences of food neophobia and pickiness in young girls. *J Am Diet Assoc* 2003;103:692–8.
- [9] Skinner JD, Carruth BR, Bounds W, et al. Do food-related experiences in the first 2 years of life predict dietary variety in school-aged children? *J Nutr Educ Behav* 2002;34:310–5.
- [10] Singer LT, Ambuel B, Wade S, et al. Cognitive-behavioral treatment of health-impairing food phobias in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:847–52.

- [11] Le Heuzey MF. L'enfant anorexique. Paris: Odile Jacob; 2003.
- [12] Loewen R, Pliner P. The Food situations questionnaire: a measure of children's willingness to try novel foods in stimulating and non-stimulating situations. *Appetite* 2000;35:239–50.
- [13] Rozin P. The selection of foods by rats, humans and other animals. In: Rosenblatt JS, Hinde RA, Shaw E, Beer C, editors. *Advances in the study of behavior*. New-York: Academic Press; 1976. p. 21–76.
- [14] Galef Jr. BG, Whiskin EE. Social influences on the amount of food eaten by Norway rats. *Appetite* 2000;34:327–32.
- [15] Ueno A, Matsuzawa T. Response to novel food in infant chimpanzees: Do infants refer to mothers before ingesting food on their own? *Behav Processes* 2005;68:85–90.
- [16] Cashdan E. A sensitive period for learning about food. *Hum Nat* 1994;5:279–91.
- [17] Garbe JL, Stunkard AJ. Taste aversions in man. *Am J Psychiatry* 1974;131:1204–7.
- [18] Nicklaus S, Boggio V, Chabanet C, et al. Prospective study of food variety seeking in childhood, adolescence and early adult life. *Appetite* 2005;44:289–97.
- [19] Birch LL, Zimmerman SI, Hind H. The influence of social-affective context on the formation of children's food preferences. *Child Dev* 1980;51:856–61.
- [20] Rigal N. Le plaisir de manger chez l'enfant : importance du contexte socioaffectif. In: Schneider B, editor. *Émotions, interactions et développement*. Paris: L'Harmattan; 2001. p. 133–48.