

Validation québécoise d'un inventaire mesurant le bien-être de l'enfant

Aline Vézina,

École de Service Social, Université Laval

Richard Bradet,

*Centre de recherche sur les services communautaires
Université Laval*

Résumé

Cette recherche a pour objectif de vérifier les qualités métrologiques, en contexte québécois, d'un instrument américain *The Child Well-Being Scales* (Magura & Moses, 1986). Il s'agit d'un inventaire composé de 43 échelles explorant entre autres, les problématiques de négligence, d'abus et de troubles de comportement. La validation est réalisée à partir de 130 dossiers actifs de 33 intervenants sociaux oeuvrant en protection de la jeunesse dans deux régions du Québec. Les résultats indiquent que l'instrument dans son ensemble ainsi qu'au niveau des différents regroupements d'échelles possède une bonne consistance interne. L'instrument obtient également une bonne validité de convergence, de concomitance et de différenciation.

Les situations familiales menaçant le bien-être des enfants et les conséquences qu'elles entraînent, constituent un problème social des plus importants. S'il est difficile de le représenter dans toute son étendue, c'est que les données sur ce sujet sont difficilement saisissables sur le plan statistique et que la proportion réelle d'enfants abusés ou négligés non déclarés n'est pas connue. Certains chiffres témoignent cependant de l'ampleur et de la gravité du problème. Ainsi, au Québec, durant l'année 1990-91, plus de 44 000 signalements ont été faits aux directeurs¹ de la protection de la jeunesse du Québec. De ces signalements, 25 000 ont été retenus (Rapport Jasmin, 1992).

Même s'il existe une littérature relativement abondante concernant les problèmes qui peuvent être vécus par les enfants dans leur milieu familial, il apparaît

¹ Le genre masculin inclut le genre féminin de façon générique dans le seul but d'alléger le texte.

difficile de cerner une définition précise de ce qu'est le bien-être de l'enfant en relation avec l'exercice des responsabilités parentales.

Plus de précisions sont apportées sur le plan juridique, comme en témoigne l'article 38 de la loi sur la protection de la jeunesse. Dans cet article, les menaces au bien-être de l'enfant sont définies en termes de compromission à sa sécurité et à son développement. D'autre part, trois grandes problématiques sont associées au concept de bien-être de l'enfant en relation avec l'exercice des responsabilités parentales. Il s'agit de la problématique de la négligence (Mayer-Renaud, 1990), de la maltraitance ou des abus (Dubé & St-Jules, 1987) et des troubles de comportement (Centre des Services Sociaux de Québec, 1988).

Dans son ouvrage publié en 1990, Mayer-Renaud définit la négligence comme étant une situation dans laquelle le parent ou le responsable de l'enfant ne lui procure pas les éléments jugés essentiels pour son développement. Cette auteure identifie sept types de négligence alimentaire, éducative, médicale et affective; dans l'habillement, l'hygiène, la surveillance. En ce qui concerne les abus, Dubé et St-Jules, (1987) présentent plusieurs définitions de la maltraitance. Deux catégories d'abus sont habituellement retenues par les auteurs, soit les abus physiques et les abus sexuels. Pour les fins de cet exposé, retenons que les abus physiques sont des actes de violence qui comportent un risque élevé de blessure. Finalement, selon la recherche effectuée au CSS de Québec en 1988, le trouble de comportement sérieux est une manière d'agir symptomatique de troubles profonds de la personnalité ou de modes d'ajustement réactionnels. Certains indicateurs ont été retenus afin d'identifier la présence de troubles de comportement sérieux chez le jeune. Parmi ces indicateurs nous retrouvons le dysfonctionnement social, familial et scolaire, l'agressivité verbale et physique, les comportements délictuels, les troubles de la personnalité et les tendances suicidaires. Les auteurs identifient également des indicateurs qui, à certains égards, sont confondus avec les causes mêmes des troubles de comportement chez l'enfant. Ces causes sont en rapport direct avec l'exercice des responsabilités parentales et des capacités des parents à donner des soins à l'enfant. Il s'agit du laisser-aller, la rigidité, les difficultés à assumer les rôles affectif, de support, d'autorité et d'éducation.

Ces quelques définitions mettent en relief, à l'instar des rapports Jasmin, (1992) et Bouchard, (1991) la responsabilité des parents à assurer le bien-être de leurs enfants. Elles soulèvent aussi l'importance de la prévention. Il s'avère donc essentiel, pour une société, d'établir des stratégies efficaces de dépistage, d'évaluation et d'intervention pour assurer le bien-être de l'enfant. L'étape de l'évaluation se présente donc comme primordiale puisque l'orientation de l'intervention en dépend. Une telle évaluation peut être grandement facilitée par l'utilisation d'un instrument qui permettrait de mesurer l'ensemble des facettes ayant trait au bien-être de l'enfant en rapport à l'exercice des responsabilités parentales.

Quelques instruments de mesure

Plusieurs instruments ont été élaborés, surtout aux États-Unis, dans le but d'évaluer les problèmes familiaux chez les enfants. Dans un contexte où il s'agit d'utiliser un instrument unique qui permet d'identifier dans une famille tous les problèmes relatifs aux abus et à la négligence envers les enfants et de mesurer la gravité de ces problèmes, la plupart des questionnaires sont considérés comme peu satisfaisants. Généralement, ils ne mesurent que certains aspects du problème général, ou ne s'adressent qu'à une certaine catégorie d'enfants.

Par exemple, le *Knowledge Scale* (Epstein, 1980) mesure seulement le degré de connaissance du parent face aux besoins de base et au développement physique, moteur, perceptuel, cognitif, verbal et social de l'enfant. Quant au *Developmental Profile II* (Alpern, Boll & Shearer, 1980), il comprend 5 échelles, toutes en relation avec le niveau de développement de l'enfant pour un âge donné. Le *Behavior Problem Checklist* (Quay & Peterson, 1979) ainsi que le *Child Behavior Checklist* (Achenbach, 1981) ne concernent que les problèmes de comportement chez l'enfant alors que le *Health Insurance Study* (Eisen, Donald, Ware & Brook, 1980) est presque exclusivement axé sur les problèmes de santé physique, mentale et sociale. Quant au *Children Pathology Index* (Alderton & Hodinot, 1968), il est axé exclusivement sur les problèmes pathologiques de l'enfant. Le *Parenting Stress Index* (Abidin & Burke, 1982) a été développé dans le but de mesurer les facteurs de stress dans la relation parent-enfant.

Le *Family Service Association Follow-up Questionnaire* (Beck & Jones, 1980) ainsi que le *Client Outcome Questionnaire* (Koss, Hatry, Millar & Van Houten, 1979) mesurent plus la perception du client quant à l'amélioration des problèmes identifiés, ou encore sa satisfaction face aux services reçus plutôt que l'importance et la gravité des problèmes constituant un risque pour la sécurité et le développement de l'enfant.

D'autres instruments ne visent qu'une certaine catégorie d'enfants. Ils ne mettent donc pas de faire une évaluation des problèmes concernant les autres enfants dans la famille. Ainsi, le *Childhood Level of Living Scale* (Polanski, Chalmers, Buttenwieser & Williams, 1981) ne permet que l'évaluation des enfants de 1 à 7 ans, alors que le *Preschool Behavior Rating Scale* (Barker & Doeff, 1980) ne permet que l'évaluation des enfants d'âge préscolaire. Le *Home Observation for Measurement of the Environment Inventory* (Caldwell & Bradley, 1978) vise à mesurer le caractère stimulant de l'environnement du jeune enfant (0 à 6 ans) pour son développement.

L'instrument développé par Magura et Moses (1986), le *Child Well-Being Scales*, à l'encontre des autres instruments présentés précédemment, offre l'avantage de faire l'inventaire complet et détaillé des facettes concernant le bien-être de l'enfant en relation avec l'exercice des responsabilités parentales. La validité de contenu de l'inventaire a été établie tout d'abord par une recension exhaustive de la littérature et par la suite avec la collaboration d'experts oeuvrant dans le domaine du travail social auprès des familles et des enfants aux États-Unis. Une analyse factorielle a été réalisée en utilisant les données recueillies auprès de 240 familles américaines qui recevaient des services d'aide à l'enfance. Trois facteurs ont été retenus soit, les conditions de vie au foyer, les dispositions parentales et

le fonctionnement de l'enfant. En ce qui concerne la fidélité de l'instrument, les auteurs mentionnent une bonne constance interne établie par des coefficients Alpha se situant entre .53 et .88 selon les facteurs et de .89 pour l'ensemble des échelles. La stabilité test retest pour un intervalle de 2 semaines est mesurée à l'aide des corrélations intraclasse qui varient entre .71 et .92 selon les facteurs et s'établit à .96 pour l'ensemble des échelles. Mentionnons que cet instrument est actuellement utilisé aux États-Unis par différents chercheurs universitaires dont Nelson (1991).

Méthode

Sélection des intervenants et des familles

Les organismes de services qui ont participé à la validation québécoise se trouvent sur le territoire de deux Centres de Services sociaux, soit celui de l'Estrie et celui de l'Outaouais. Il s'agit d'organismes qui reçoivent des signalements de cas d'enfants en besoin de protection au sens de la loi, qui évaluent ces situations et effectuent les interventions appropriées auprès de ces familles dans le but que cesse la situation qui menace l'enfant.

Les intervenants ayant participé à cette recherche doivent satisfaire à tous les critères suivants: 1) travailler dans un organisme de service francophone situé sur le territoire du Centre des Services sociaux de l'Estrie ou de l'Outaouais; 2) avoir une formation de niveau collégial ou universitaire en service social, en psycho-éducation ou autre secteur rattaché aux sciences humaines permettant de faire carrière dans le secteur de l'intervention sociale.

Les familles évaluées sont des familles signalées récemment (depuis deux mois ou moins) auprès des organismes de services participant à l'étude et des familles signalées depuis plus longtemps mais dont le dossier demeure actif et pour lesquelles un plan d'intervention était en application. Il peut s'agir de famille mono ou bi-parentale.

Les familles doivent également satisfaire tous les critères suivants afin d'être incluses dans l'échantillon: 1) un ou plusieurs enfants doivent vivre dans cette famille au moment de l'évaluation; 2) l'intervenant possède suffisamment d'informations récentes pour effectuer une évaluation des dimensions proposées par la grille; 3) l'intervenant a fait au moins une visite à domicile.

Il est important de mentionner que les enfants en situation de réinsertion au moment de l'évaluation, c'est-à-dire les enfants qui ont déjà été retirés de la famille et qui sont en processus de retour dans leur milieu naturel, ont été soumis à l'évaluation sans distinction par rapport aux autres enfants.

Une famille ne peut cependant faire partie de l'échantillon si elle rencontre l'un ou l'autre des critères suivants: 1) l'enfant fait l'objet du signalement étant placé en famille d'accueil, en centre d'accueil ou autre milieu substitut, exception

faite de ceux qui se trouvaient en processus de réinsertion familiale; 2) il s'agit d'un cas qui doit être évalué d'urgence.

Instruments

L'inventaire concernant le bien-être de l'enfant en relation avec l'exercice des responsabilités parentales (ICBE) se compose de 43 échelles. Un exemplaire d'une de ces échelles est présenté en annexe. Il importe de préciser que le terme parent est utilisé ici pour désigner le ou les adultes qui est ou sont responsables de l'enfant dans son milieu de vie principal.

Les échelles 1 à 28 concernent le fonctionnement général de la famille ou du parent face à un enfant en particulier ou face à tous les enfants. Avec ces échelles, l'évaluateur doit indiquer un seul résultat pour la famille. Par contre, les échelles 29 à 43b exigent une évaluation différente pour chacun des enfants. Chaque échelle est composée d'une série de critères regroupés en plusieurs niveaux (de 1 à 6) partant généralement de l'adéquat (1) vers le sérieusement inadéquat (6).

Dans le but d'évaluer plus précisément les situations décrites par les niveaux des différentes échelles, des scores de dangerosité ont été définis à l'aide de la méthode des intervalles successifs (Edwards, 1982). Sept cent soixante-cinq (765) professionnels travaillant dans le domaine de l'intervention sociale aux États-Unis ont participé à cette étape. La procédure utilisée est décrite par Magura et Moses, (1986). Cette méthode a permis la codification des différents niveaux des 43 échelles, sur un continuum à intervalles égaux allant de 0 (sérieusement inadéquat) à 100 (adéquat).

Ainsi, un score de 50 accordé pour la situation décrite au niveau 3 de l'échelle 11, Soins de santé mentale, représente le même degré de dangerosité qu'un score de 50 accordé pour le niveau 4 de l'échelle 15, Gestion du budget. De la même façon, l'écart entre un score de 80 et un score de 40 peut être considéré égal à l'écart entre un score de 65 et un score de 25. Cependant, il est incorrect de considérer qu'un score de 60 représente une situation deux fois plus sévère qu'une situation cotée à 30. En effet, la valeur 0 (zéro) accordée sur une échelle à intervalles égaux ne constitue pas une absence totale de bien-être pour l'enfant. Il s'agit simplement d'un point de référence pour l'attribution des scores de sévérité aux situations décrites dans les échelles. Il est donc erroné de considérer ces scores comme des pourcentages (Magura & Moses, 1986).

La procédure développée par Magura et Moses pour calculer les scores de dangerosité permet de calculer pour une famille, un score moyen pour l'inventaire ou encore, des scores moyens pour les différentes dimensions théoriques qui seront présentés ultérieurement. Ainsi, plus le résultat est élevé, c'est-à-dire près de 100, plus l'enfant vit une situation de bien-être. Il est important de souligner que la traduction de l'instrument, de l'anglais au français a été réalisée par une traductrice professionnelle en collaboration avec les chercheurs. Une double traduction du français à l'anglais n'a pu être effectuée compte tenu de l'ampleur de l'instrument (plus de 50 pages) et des coûts qui y étaient associés.

Deux questionnaires ont été élaborés spécialement pour les fins de cette étude (Vézina & Bradet, 1990). Le questionnaire concernant l'intervenant vise essentiellement à connaître certaines caractéristiques telles son sexe, son âge, son origine ethnique, sa langue maternelle, le nombre d'enfants qu'il a eu, le nombre d'enfants vivant avec lui (il peut s'agir d'autres enfants que les siens), les diplômes obtenus, le nom de l'organisme pour lequel il travaille, son titre d'emploi dans cet organisme, le nombre d'années d'expérience accumulées depuis le début de sa carrière ainsi que le nombre d'années d'expérience accumulées dans le domaine familial.

Le questionnaire concernant la famille comprend trois types de variables: 1) les variables socio-démographiques concernant les enfants (le nombre, l'âge et le sexe), le parent principal (âge, degré de scolarité, etc.) et, s'il y a lieu, le conjoint; 2) les variables relatives au rapport existant entre la famille et les organismes de services (depuis combien de temps l'intervenant connaît la famille, le nombre de visites effectuées à domicile, la présence ou non d'enfants en réinsertion, d'enfants actuellement placés et d'enfants ayant déjà été placés et 3) la décision prise ou à prendre suite à l'évaluation du dossier. Cette dernière question s'applique uniquement aux familles considérées comme des nouveaux cas, c'est-à-dire dont l'évaluation est attribuée depuis deux mois ou moins. Si aucune décision n'avait encore été prise, l'intervenant devait indiquer quelle décision présentait le plus de probabilités d'être prise ultérieurement. Les différents choix de réponses étaient présentés sur une échelle ordinaire, en partant de la décision appropriée pour les cas les moins graves, vers la décision appropriée pour les cas les plus graves. Les choix de réponses et les cotes attribuées étaient: la sécurité et le développement de l'enfant ne sont pas compromis (1), une intervention terminale (2), une prise en charge sans retrait (3), un retrait de l'enfant avec suivi (4) et la déchéance parentale (5).

Ces deux derniers instruments servent dans un premier temps à obtenir des données descriptives des intervenants et des familles échantillonnées. D'autre part, certaines variables telles la décision prise lors de l'évaluation du dossier, le fait que l'enfant a déjà été placé, le revenu des parents, la scolarité du parent ou du conjoint, l'âge du parent et du conjoint et les caractéristiques de l'intervenant, ont aussi servi à vérifier certaines qualités métrologiques de l'ICBE.

Procédure

Avant de débiter la collecte des données, tous les intervenants sélectionnés ont suivi une formation d'une journée afin de les familiariser avec l'utilisation de l'ICBE. Il est important de préciser qu'un intervenant peut évaluer plusieurs familles dans le cadre de la recherche.

Lors de la première évaluation de la famille (test), l'intervenant complète l'ICBE ainsi que les questionnaires concernant la famille et l'intervenant. Afin de conserver la confidentialité, les intervenants identifient les familles par des numéros. Les intervenants doivent compléter une seconde fois l'ICBE (retest) deux semaines après la première évaluation afin de vérifier la stabilité de l'instrument.

Lors de ce retest, les intervenants indiquent également si des événements se sont produits entre les deux évaluations pouvant modifier la situation de la famille.

Description des intervenants et des familles

Vingt-trois (23) intervenants de l'Estrie et 10 intervenants de l'Outaouais ont participé à l'étude. De ces trente-trois (33) intervenants, 21 sont des femmes, 12 sont des hommes et ils sont tous d'origine canadienne-française. Soixante-dix pourcent (70%) des intervenants ont un diplôme de baccalauréat et 54% sont âgés entre 20 et 34 ans.

Le bien-être des enfants de 130 familles a été mesuré à l'aide de l'ICBE. Quarante-trois (83) familles proviennent de l'Estrie et 47 proviennent de l'Outaouais. Cinquante-six (56) familles sont des nouveaux cas, 37 ont un enfant placé à l'extérieur du foyer au moment où l'intervenant complète le questionnaire, 69 avaient eu un enfant placé à l'extérieur du foyer dans le passé et 17 ont un enfant en processus de réinsertion. Le nombre médian de visites faites au domicile de la famille par l'intervenant est de 5. Soixante-quatre pourcent (64%) des familles reçoivent l'aide sociale comme principale source de revenu. Soixante-dix pourcent (70%) des parents principaux sont âgés de moins de 34 ans.

Dimensions théoriques

Sur la base des indicateurs de la négligence, des abus et des troubles de comportement identifiés dans la littérature, les échelles de l'ICBE ont été regroupées en cinq dimensions théoriques (voir le tableau 1):

Résultats et discussion

Dans le but de s'assurer que l'instrument possède des qualités métrologiques satisfaisantes, plusieurs analyses statistiques ont été effectuées. Ces analyses permettent notamment de mesurer la fidélité (stabilité et consistance interne) et la validité (de convergence, de concomitance et de différenciation) de l'instrument.

Tableau 1

L'échelle ICBE

Négligence physique	Abus sexuels
1. Soins de santé physique	33. Abus sexuels
2. Nutrition / Régime alimentaire	Abus physiques
3. Habillage	29. Discipline physique abusive
4. Hygiène personnelle	30. Privações physiques délibérées
5. Ameublement de la maison	31. Restrictions physiques excessives
7. Propreté et entretien de la maison	34. Menaces d'abus
8. Assurance d'un lieu de résidence	
9. Services disponibles dans la maison	
10. Sécurité physique à la maison	
12. Surveillance des jeunes enfants	
14. Gardiennage	
Négligence émotionnelle	Troubles de comportement
17. Relations entre les conjoints	11. Soins de santé mentale
18. Continuité de la figure parentale	38. Rendement scolaire
19. Reconnaissance des problèmes par les parents	39. Fréquentation scolaire
20. Motivation des parents à résoudre les problèmes	40. Relations dans la famille
21. Coopération des parents avec les services	41. Problèmes de conduite de l'enfant
24. Acceptation des enfants et manifestation d'affection	42. Comportement d'adaptation de l'enfant
25. Approbation des enfants	43. Incapacité chez l'enfant
26. Attente des parents face aux enfants	
27. Cohérence de la discipline au foyer.	

Tableau 2

Stabilité et consistance interne de l'inventaire et des dimensions théoriques

	Moyenne n = 130	Écart-type	Corrélation Québec États-Unis	Intraclasse Québec États-Unis	α
L'inventaire (43 échelles)	81,7	7,5	.91	.96	.87
Négligence physique	90,2	9,2	.93	--	.80
Négligence émotionnelle	68,6	9,3	.89	--	.81
Abus physique	86,7	18,9	.86	--	.66
Abus sexuels	83,6	31,3	.92	--	--
Troubles de comportement	78,9	14,0	.65	--	.69

Fidélité

La stabilité est mesurée à l'aide de deux indices soit, le coefficient Kappa (Fleiss, 1981) et la corrélation intraclasse (Winer, 1962). À cette fin, 63 familles ont été évaluées deux fois par des intervenants afin de mesurer la stabilité de l'inventaire. Bien que l'intervalle entre les deux évaluations est fixé à deux semaines, une certaine variabilité dans la durée de l'intervalle et seules les familles dont l'intervalle se situait entre une et six semaines furent conservées dans l'échantillon. Quatre familles ont donc été exclues et l'intervalle moyen des 59 familles restantes est de 2,8 semaines avec un écart-type de 1,1. Rappelons que pour la validation américaine, l'intervalle test-retest est aussi de deux semaines.

Les coefficients Kappa et les corrélations intraclasse pour chacune des échelles sont présentées au tableau 2 et mis en comparaison avec les résultats américains. Le coefficient Kappa représente l'accord entre les deux moments où la famille (ou l'enfant) se fait assigner à un niveau d'une échelle (1 à 6), compte tenu de l'accord qu'il est possible d'obtenir par la chance. La moyenne des coefficients kappa obtenue avec les 43 échelles est de .62 (.65 aux États-Unis) et l'écart-type est de .14 (.12 aux États-Unis). Même si cette moyenne s'avère relativement faible, elle doit cependant être considérée avec prudence puisqu'elle ne représente pas l'agrément pur entre les deux évaluations mais l'agrément pondéré par le facteur chance. D'ailleurs, la moyenne des coefficients d'agrément pur est de .79 (résultat non présenté au tableau 2) avec un écart-type de .10. Bien que ces derniers résultats ne puissent être comparés avec les résultats américains, ils indiquent de façon évidente un agrément assez élevé entre les deux évaluations faites par un même intervenant.

La corrélation intraclasse est calculée avec les scores de dangerosité (0 à 100). La corrélation intraclasse est utilisée plutôt que la corrélation de Pearson du fait qu'elle tient compte de la différence dans l'attribution des scores de dangerosité aux familles entre les deux évaluations.

La moyenne de ces corrélations est de .76 (.75 aux États-Unis) avec un écart-type de .14 (.15 aux États-Unis). Dans l'ensemble, il s'avère que les 43 échelles présentent une stabilité suffisante pour permettre une évaluation fiable d'une famille par un intervenant, que cette stabilité soit calculée à l'aide du coefficient kappa ou à l'aide de la corrélation intraclasse.

Le tableau 3 présente les coefficients de corrélation intraclasse ainsi que les coefficients alpha (consistance interne pour l'inventaire et les dimensions théoriques). En ce qui concerne les corrélations intraclasse, elles s'avèrent excellentes à la seule exception de la dimension «troubles du comportement», pour qui elle demeure cependant acceptable.

La consistance interne de l'inventaire et des dimensions théoriques est mesurée par le coefficient alpha (Cronbach, 1951) qui donne une indication générale du degré de cohérence entre les différentes échelles visant à mesurer un même construit.

Pour l'ensemble de l'inventaire le coefficient alpha est calculé strictement pour des fins de comparaison avec les américains puisque l'instrument n'a pas été conçu dans le but d'utiliser uniquement les résultats du score moyen total des 43 échelles. Le coefficient alpha de l'inventaire est presque identique au coefficient américain. Pour les dimensions théoriques, «négligence physique» et «négligence émotionnelle», les coefficients alpha s'avèrent suffisamment élevés pour que la cohérence entre les échelles formant ces dimensions soit jugée très bonne. Les abus physiques et les troubles de comportement présentent un coefficient relativement plus faible quoiqu'acceptable. Cela est d'ailleurs attribuable au nombre peu élevé d'échelles incluses dans ces deux dimensions.

Validité

La validité de construit de l'inventaire est mesurée à l'aide de plusieurs indices (Cronbach & Meehl, 1955). Comme il a été présenté précédemment, des dimensions théoriques ont été formées par le regroupement de certaines échelles. Pour une échelle donnée, la corrélation échelle-cote globale corrigée est calculée entre l'échelle et la dimension dans laquelle elle est incluse. La corrélation entre l'échelle et la dimension dans lequel elle est incluse devrait être plus élevée (validité de convergence) que les corrélations entre la même échelle et les autres dimensions (validité de différenciation) (Campbell & Fiske, 1959). Ces corrélations sont présentées au tableau 4. Les corrélations en caractère gras correspondent aux corrélations échelle-cote globale corrigée (due à l'exclusion de l'item dans le calcul de la cote globale). Les échelles 13 et 36 ont été exclues pour les calculs de la cote globale de l'inventaire en raison du nombre trop élevé de valeurs manquantes avec ces deux échelles (information insuffisante ou ne s'applique pas). La cote globale de l'inventaire est donc calculée à partir des 41 échelles restantes.

Tableau 3

Corrélations entre les échelles et les cotes globales^{a)} de l'inventaire et des dimensions théoriques

Échelles	Inventaire (41 éch.) ^{b)}	Dimensions théoriques		Troubles de comportement
		Négligence physique	Abus physiques	
1. Soins de santé physique	.48	.37	.24	.03
2. Nutrition/régime aliment	.57	.40	.24	.06
3. Habillage	.48	.30	.11	-.12
4. Hygiène personnelle	.52	.36	.10	.12
5. Aménagement de la maison	.49	.27	.05	.08
6. Surpeuplement de la maison	.13	.10	-.16	.22
7. Propreté et entretien de la maison	.56	.36	.03	.02
8. Assurances d'un lieu de résidence	.36	.50	-.02	.04
9. Services disponibles dans la maison	.19	.28	.09	.11
10. Sécurité physique à la maison	.16	.33	.00	-.08
11. Soins de santé mentale	.34	.16	.27	.05
12. Surveillance des jeunes enfants	.39	.47	.21	.14
13. Supervision des adolescents	.54	.29	-.09	.28
14. Gardiennage	.30	.35	.16	.11
15. Gestion du budget	.53	.64	.42	.14
16. Capacité parentale à assurer les soins à l'enfant	.49	.31	.50	.04
17. Relations entre les conjoints	.45	.27	.47	.21
18. Continuité de la figure parentale	.34	.20	.26	.06
19. Reconnaissance des problèmes par les parents	.52	.29	.63	.13
20. Motivation des parents à résoudre les problèmes	.56	.30	.75	.06
21. Coopération des parents avec les services	.50	.33	.57	.14
22. Soutien disponible au parent principal	.21	.09	.13	-.03
23. Disponibilité et accessibilité des services	.37	.29	.12	.04
24. Accoutumance des enfants et manifestation d'affection	.37	.12	.46	.25
25. Approbation des enfants	.45	.25	.50	.02
26. Attente des parents face aux enfants	.55	.35	.57	-.06
27. Cohérence de la discipline au foyer	.45	.19	.51	.10
28. Stimulation et enseignement des parents aux enfants	.53	.39	.58	.03
29. Disciplina physique abusive	.32	.09	.29	.64
30. Privations physiques délibérées	.37	.25	.25	.14
31. Restric. physiques excessives.	.13	.03	.07	.34
32. Accès limité au foyer	.20	-.03	.10	-.05
33. Abus sexuels	.15	.04	.05	.08
34. Menaces d'abus	.31	.16	.24	.59
35. Exploitation économique	.47	.20	.14	.31
36. Protection contre les abus	.33	.27	.14	.19
37. Besoins d'instruction	.43	.04	.25	.16
38. Rendement scolaire	.48	.36	.33	-.12
39. Fréquentation scolaire	.32	.16	.18	-.27
40. Relations dans la famille	.36	.03	.29	.15
41. Problèmes de conduite de l'enfant	.13	-.07	.00	.05
42. Comportement d'adaptation de l'enfant	.25	.02	.23	-.14
43. Incapacité chez l'enfant	.44	.05	.25	.04
44. Incapacité chez l'enfant	.44	.05	.25	.32

a) Les corrélations échelle-cote globale corrigée, sont en caractères gras.
 b) Les échelles 13 et 36 sont exclues des calculs de la cote globale de l'inventaire.

Tableau 4

Corrélations entre l'inventaire et les dimensions théoriques (n=130)

	L'inventaire	Négl. phys.	Négl. émot.	Abus phys.	Abus sex.	Troubles de comportement
L'inventaire (43 échelles)	1.00					
Négligence physique	.70	1.00				
Négligence émotionnelle	.78	.39	1.00			
Abus physique	.45	.17	.30	1.00		
Abus sexuels	.25	.04	.05	.08	1.00	
Troubles de comportement	.53	.11	.31	-.02	.19	1.00

À l'examen du tableau 4, il ressort que les corrélations échelle-cote globale corrigée pour les dimensions théoriques sont toutes supérieures aux corrélations de la même échelle avec les autres dimensions théoriques présentes dans ce tableau. Cette constatation satisfait donc aux exigences de la validité convergente-discriminante.

Le tableau 5 présente les corrélations entre l'inventaire (score moyen des 43 échelles) et les cinq dimensions théoriques. À l'exception des abus sexuels (mesurés par une seule échelle), les dimensions théoriques présentent tous des corrélations suffisamment élevées avec l'inventaire. Par contre, les cinq dimensions entre elles présentent des corrélations relativement faibles, ce qui contribue également à faire ressortir la différenciation entre ces construits.

La seconde étape de l'étude sur la validité de construit de l'instrument consiste à vérifier la relation entre les résultats obtenus avec l'inventaire et les dimensions théoriques par rapport à: 1) d'autres variables mesurant le même construit ou un construit diamétralement opposé sur un axe bipolaire (convergence), 2) à des variables mesurant des construits théoriquement reliés (concomitance) et finalement, 3) à des variables qui ne sont pas censées être liées aux résultats obtenus à l'inventaire (différenciation). Ces coefficients de validité sont mesurés à l'aide de la corrélation de Pearson et ils sont présentés au tableau 6. Ils sont modérés dans le cas de la validité de convergence (Seltiz, Wrightsman & Cook, 1977), plus faibles dans le cas de la validité ou concomitance que la validité de convergence et nuls dans le cas de la validité de différenciation.

Tableau 5

Coefficients de validité de convergence, de concomitance et de différenciation de l'inventaire et des dimensions théoriques

Différenciation	Concomitance					Convergence					Il s'agit des coefficients de corrélation de point biserial.	
	enfants	adolescents	jeunes adultes	adultes	total	enfants	adolescents	jeunes adultes	adultes	total		
différenciation des organisations	.08	.01	.02	.04	.04	.08	.01	.02	.04	.04	.08	.40*
nombre d'enfants	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.32**
âge	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.24*
sexes	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.13
niveau scolaire	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.32*
niveau de revenu	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.13
niveau de travail	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.13
abus sexuels	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.22*
abus physiques	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.22*
abus émotionnelle	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.22*
abus	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.22*
troubles de comportement	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.09	.22*

Les variables retenues pour la validité de concomitance sont la décision prise ou à prendre pour les nouveaux cas et le fait qu'il y avait au moment de l'évaluation un enfant placé hors de la famille. Évidemment, seuls les résultats obtenus avec les familles constituant les nouveaux cas peuvent être utilisés pour la corrélation avec la décision prise, ou à prendre, puisqu'il est essentiel que les deux modes d'évaluation se fassent dans un laps de temps relativement court pour qu'ils soient comparables. Les corrélations entre ces variables et l'inventaire dans son ensemble sont modérées ce qui s'avère satisfaisant. Avec les dimensions théoriques, par contre, les corrélations varient d'une dimension à l'autre. Ainsi, les abus physiques et les troubles de comportement manifestent des liens plus forts avec la gravité de la décision prise que les autres dimensions. Les corrélations moins élevées avec la variable «enfant placé» s'expliquent en partie par la variabilité plus restreinte de cette variable du fait qu'elle est dichotomique.

Pour la validité de concomitance, outre l'âge du parent et du conjoint, ce sont les variables en rapport avec le statut socio-économique de la famille qui sont prises en considération puisque ces variables sont généralement liées au phénomène de la négligence envers les enfants. Il s'agit du revenu du ménage et du niveau de scolarité du parent et du conjoint.

Ces variables présentent des corrélations moins élevées dans l'ensemble que les variables convergentes, ce qui va dans le sens attendu. En outre, il est intéressant de remarquer le contraste entre la corrélation du revenu avec la négligence physique par rapport aux corrélations entre le revenu et les autres dimensions. Cet aspect est d'autant plus intéressant à considérer que la variabilité du revenu avec les familles échantillonnées était relativement réduite. En effet, 79 % des familles échantillonnées avaient un revenu inférieur à 20 000 dollars.

Si la scolarité du parent corrèle très peu avec les dimensions de l'inventaire, la scolarité du conjoint est par contre beaucoup plus liée au bien-être de l'enfant. Suite aux discussions avec les intervenants qui ont complété l'inventaire, il semble que cela soit explicable au fait que l'exercice du rôle de mère (qui est le parent principal dans la majorité des cas) soit indépendant de son niveau de scolarité puisqu'il s'agit d'un rôle qu'elle apprend à exercer dans son vécu quotidien. Par contre, le rôle de père ou de substitut au père est tout à fait différent. Son apprentissage se faisant moins dans «la vie courante», il est donc plus lié au niveau de scolarité.

Les corrélations positives entre l'âge du parent et les résultats obtenus à la dimension négligence physique, signifient que plus le parent principal est âgé, moins l'enfant présente de problèmes liés à la négligence physique. La corrélation négative entre l'âge du parent et les abus sexuels s'explique par le fait que les abus sexuels sont commis généralement dans les familles où les enfants sont plus âgés, ce qui implique par conséquent que les parents sont également plus âgés. La corrélation négative entre l'âge du parent et la dimension «troubles de comportement» peut s'expliquer par des raisons similaires. En effet, plusieurs des échelles incluses dans ce facteur mesurent des aspects du bien-être de l'enfant liés à son contact avec le monde scolaire. Les problèmes en rapport avec ces aspects ont

plus de probabilités de se présenter avec des enfants relativement plus âgés ce qui implique que les parents sont également plus âgés.

Finalement, il est particulièrement intéressant de remarquer que de façon générale il y a plus de corrélations présentes entre les variables concomitantes et la négligence, qu'entre les variables concomitantes et les abus, ce qui va encore une fois dans le sens attendu. Les caractéristiques de l'intervenant (son sexe, son âge, le nombre d'enfants qu'il a et le fait de travailler dans un CSS ou un autre organisme) constituent les quatre variables de différenciation.

Ces quatre variables manifestent toutes des corrélations nulles ou presque nulles ($-0.20 < r < .20$) avec l'inventaire et les dimensions théoriques. Aucune de ces corrélations n'est significative pour un seuil fixé à .05. Tel qu'attendu, cela signifie que la gravité des situations mesurées dans une famille n'est pas liée au sexe de l'intervenant, ni à son âge, ni au nombre d'enfants qu'il a, ni à l'organisme de travail, puisque les cas sont distribués aux intervenants indépendamment de la gravité de la situation dans laquelle la famille se trouve.

Conclusion

Comme il a été mentionné à plusieurs reprises l'ICBE est un instrument de mesure fidèle et valide dans le contexte québécois. Cet inventaire a l'avantage de permettre à l'intervenant de cibler à la fois les points forts et les points faibles de la famille évaluée en relation avec l'exercice des responsabilités parentales. Ceci permet la mise en place d'un plan d'intervention mieux approprié à la famille. Ainsi, l'amélioration des points faibles peut constituer des objectifs à atteindre à court, moyen ou long terme et les points forts peuvent servir de moyens ou d'outils pour aider à atteindre ces objectifs.

Bien que les résultats de l'étude de validation québécoise se comparent avantageusement aux résultats de l'étude américaine, il est important de souligner les limites de la présente recherche. Notons tout d'abord que l'échantillon se compose uniquement de familles retenues dans le cadre de la loi sur la protection de la jeunesse. Les résultats ne peuvent être généralisés à d'autres milieux de pratique comme les clsc ou à d'autres populations d'enfants. De plus, le nombre de sujets étant relativement restreint ($n=130$), ceci limite la portée des résultats obtenus.

Le développement de l'ICBE en sol québécois se poursuit. L'étude de validation, bien qu'intéressante, suscite des questions importantes, entre autres quant à l'utilisation des échelles non comprises dans les dimensions théoriques. Des interrogations se posent aussi en termes d'utilisation et d'interprétation des résultats obtenus à chacune des échelles et aux dimensions théoriques, pour faciliter la prise de décision et les orientations d'intervention des professionnels qui évaluent quotidiennement le bien-être des enfants qui leur sont référés. Une deuxième étude, présentement en cours (Vézina & Pelletier 1992), tentera de répondre à ces questions.

Annexe

Échelle 2 de l'ICBE: nutrition, régime alimentaire.

Cette échelle porte sur la **quantité et la qualité des aliments disponibles et fournis à l'enfant** ainsi que sur les **conséquences** d'une alimentation inadéquate. Deux aspects sont pris en considération pour juger de la qualité des aliments: 1- l'équilibre alimentaire (considéré moins sérieusement) et 2- la salubrité (considérée plus sérieusement). La quantité des aliments fournis est mesurée en fonction des aliments préparés et disponibles pour les enfants.

Les aspects mesurés dans cette échelle sont **indépendants du caractère attribué de l'implication des parents** dans la situation inadéquate. Il s'agit strictement de mesurer si les besoins nutritionnels de l'enfant sont satisfaits. Cependant, les causes du problème peuvent être rapportées dans l'autre échelle. (Exemple, la privation déliée de nourriture à l'échelle 30, une mauvaise gestion financière à l'échelle 15).

1. Adéquat

Les enfants reçoivent des repas réguliers et suffisants, ce qui satisfait aux conditions de base d'un régime alimentaire équilibré.

2. Acceptable

Les repas préparés sont souvent déséquilibrés sur le plan nutritionnel et à l'occasion sont sautés.

Les enfants préparent eux-mêmes leur nourriture ou doivent compléter leur régime alimentaire à l'extérieur du foyer.

3. Légèrement inadéquat

Les repas sont irréguliers et souvent ne sont pas préparés, mais, habituellement, au moins un repas par jour est fourni à l'enfant.

Souvent, les enfants se servent eux-mêmes à manger; parfois, ils ne trouvent que des aliments en quantité insuffisante dont la valeur nutritive est inadéquate.

4. Modérément inadéquat

Il y a des périodes de plusieurs jours pendant lesquelles les repas n'ont pas été fournis

Il n'y a pratiquement aucune nourriture à la maison et/ou les enfants sont incapables de se nourrir eux-mêmes.

A l'occasion, les enfants mangent de la nourriture avariée ou des choses non comestibles.

Les enfants peuvent être affamés mais ne souffrent d'aucune maladie réelle.

5. Sérieusement inadéquat

Les enfants présentent des symptômes cliniques de malnutrition, de déshydratation ou d'empoisonnement alimentaire.

L'attention médicale ou la réhabilitation sur le plan de la diète est requise. L'hospitalisation n'est pas requise pour des raisons médicales, même si l'enfant peut être temporairement hospitalisé en mesure de protection.

6. Sévèrement inadéquat

La malnutrition, la déshydratation (sévères pertes de poids, anémie, etc.) ou encore l'empoisonnement (fièvre, vomissements, etc.) sont si graves que les enfants doivent être hospitalisés.

X Information insuffisante**Z Ne s'applique pas**