

Validation de la version française de l'échelle multidimensionnelle des conduites de négligence parentale

The Canadian Journal of Psychiatry /
La Revue Canadienne de Psychiatrie
2017, Vol. 62(8) 560-569
© The Author(s) 2017
Reprints and permission:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0706743717703645
TheCJP.ca | LaRCP.ca



Validation of the French Version of Parental Multidimensional Neglectful Behavior Scale

Marie-Ève Clément, PhD¹, Annie Bérubé, PhD²,
et Claire Chamberland, PhD³

Abrégé

Objectif : La mesure de la négligence parentale pose de nombreux défis et il existe encore peu d'outil capable de la documenter auprès des parents. L'étude vise à documenter les propriétés psychométriques de la traduction française de la version brève de l'Échelle multidimensionnelle des conduites de négligence parentale dans la population générale.

Méthode : Cette étude utilise les données d'une enquête téléphonique réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 3584 mères et 1202 pères d'enfants âgés entre 6 mois-4 ans, 5-9 ans et 10-15 ans. Des liens sont établis entre la négligence et plusieurs autres facteurs connus pour leurs liens avec la problématique, dont les conduites parentales à caractère violent, le stress lié au tempérament perçu difficile de l'enfant et à la conciliation travail-famille, la consommation d'alcool et de drogues, les symptômes de dépression, la pauvreté, et le soutien social.

Résultats : Les analyses factorielles exploratoires montrent la présence de diverses dimensions de la négligence concernant les besoins affectifs/cognitifs, physiques (soins de base) et de supervision des enfants. Bien que les dimensions soient étroitement associées aux facteurs de vulnérabilité psychosociale des enfants et des familles, les coefficients de cohérence interne sont faibles, variant entre 0,20 et 0,64.

Conclusion : Des recommandations sont émises pour améliorer la mesure dans la population générale, et notamment la dimension de supervision parentale qui pose des défis particuliers.

Abstract

Objective: Measuring parental neglect is challenging on many levels and few tools exist that are able to document it with parents. This study aims to document the psychometric properties in the French version of the population-based Multi-dimensional Neglectful Behavior Scale, short version.

Method: This study uses data from a telephone survey conducted with a representative sample of 3584 mothers and 1202 fathers of children aged between 6 months and 4 years old, 5 and 9 years old, and 10 and 15 years old. Associations are made between neglect and several other factors known to be linked to this issue, including violent parental behaviors, stress associated with the child perceived difficult temper and work-family balance, alcohol and drug use, depression symptoms, poverty, and social support.

¹ Département de psychoéducation et de psychologie, Chaire de recherche du Canada sur la violence faite aux enfants, Université du Québec en Outaouais, campus de Saint-Jérôme, Saint-Jérôme, Québec, Canada

² Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais, campus de Gatineau, Québec, Canada

³ Professeure émérite, École de service social, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

Corresponding Author:

Marie-Ève Clément, PhD, Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais, campus de Saint-Jérôme, Saint-Jérôme, QC J7Z 0B7, Canada.

Email: Marie-eve.clement@uqo.ca

Results: Exploratory factor analysis show the presence of different neglect dimensions relating to the children affective/cognitive, physical (basic care) and supervision needs. Although these dimensions are closely associated with the children and families' psychosocial vulnerability factors, internal consistency coefficients are low, ranging from 0.20 to 0.64.

Conclusion: Recommendations are made to improve measure in general population, including the parental supervision dimension which is particularly challenging.

Mots clés

Négligence parentale, questionnaire, validation, population générale

Keywords

child maltreatment, general population, assesement, child neglect, validation

La négligence parentale représente un important problème de santé publique au Canada.^{1,2} Définie comme une absence de réponse aux besoins d'un enfant au plan cognitif, affectif, physique ou de surveillance, elle résulte à la fois de la non-disponibilité psychologique du parent à investir la relation parent-enfant et d'une perturbation du rapport entre les parents et la communauté dans laquelle la famille se retrouve isolée.³ Au Canada, la négligence est considérée depuis longtemps comme l'une des formes de maltraitance les plus souvent signalées et corroborées dans les services de protection de l'enfance.⁴⁻⁸ Elle touche surtout les jeunes enfants et entraîne des risques importants pour leur développement. À court terme, les enfants victimes de négligence sont plus à risque de présenter divers problèmes tels que des symptômes de dépression, des difficultés relationnelles avec leurs pairs ou des troubles d'apprentissage.⁹ À long terme, la négligence peut entraîner de l'anxiété et la dépression ainsi que des problèmes de consommation abusive de drogues et des comportements sexuels à risque.¹⁰ Lorsque comparée aux autres formes de maltraitance, la négligence physique (ex.: manquer de nourriture) est considérée la plus dommageable en raison de sa contribution unique à prédire la délinquance violente chez l'enfant.¹¹

En recherche, la négligence demeure la forme de maltraitance la moins souvent documentée, surtout dans la population générale. La grande majorité des études ont documenté sa présence par le biais des signalements retenus en protection de l'enfance^{7,12} ou de manière rétrospective, par le biais des expériences auto-rapportées dans l'enfance.¹³ Pourtant, la nécessité de documenter la négligence dans la population a été maintes fois soulignée par les chercheurs tant au Canada^{2,14,15} qu'ailleurs dans le monde.^{16,17} Complémentaires aux données de services, des enquêtes populationnelles permettraient de rendre compte de l'ampleur du phénomène, de ses causes et conséquences, ainsi que de l'atteinte des objectifs de santé publique.¹⁸⁻²⁰

Les défis de la mesure de la négligence parentale

La négligence constitue une incapacité de l'environnement familial à prodiguer à l'enfant les soins essentiels à sa sécurité et à son développement. La complexité à la définir tient

au fait qu'il s'agit davantage d'une condition de vie que d'une conduite spécifique à son endroit et qui laisse des marques comme l'abus physique, par exemple. De plus, les avis des chercheurs divergent quant à sa spécificité. Certains proposent une classification en trois dimensions comprenant la négligence physique, émotionnelle et environnementale (ex.: habiter un voisinage à haut risque de criminalité).²¹ Des propositions en cinq dimensions sont également défendues incluant les soins médicaux, les soins de base (ex.: hygiène, alimentation), l'éducation, la supervision et l'environnement physique (ex.: propreté, surpeuplement du logement).^{22,23} D'autres chercheurs incluent l'impact sur l'enfant du mode de vie des parents (ex.: toxicomanie)²⁴⁻²⁶ ou examinent le concept de manière bidimensionnelle, en considérant les carences physiques et affectives.¹³ Enfin, on note aussi que les items qui composent sa mesure varient d'une étude à l'autre, ce qui rend d'autant plus difficile l'estimation de l'ampleur et les comparaisons inter-études.

Les mesures des conduites de négligence parentale

Il existe quelques outils visant à mesurer la négligence dans la population, mais ils sont très différents à plusieurs égards. D'abord, les dimensions évaluées varient d'un outil à l'autre; les plus documentées concernant la négligence de supervision et la négligence physique. Ensuite, le nombre d'items est très variable, allant d'un seul item dans le *Juvenile Victimization Questionnaire* (JVQ)²⁷ à plus de 45 items dans le *Child Neglect Questionnaire*.²³ En outre, certains questionnaires plus longs offrent également des versions brèves, plus faciles à utiliser dans le cadre d'enquête populationnelle.^{28,29} Toutefois, ces versions sont rarement validées et lorsqu'elles le sont, leur coefficient de cohérence interne demeure très faible.²⁶

D'autres différences importantes sont observées. D'une part, en ce qui concerne le répondant, certains chercheurs défendent une approche à plusieurs perspectives où sont questionnés à la fois les parents et les enfants eux-mêmes.^{20,25,30} Par exemple, le *Multidimensional Neglectful Behavior Scale* (MNBS) a été développé en plusieurs versions afin de documenter le phénomène à partir du point de vue des enfants,²⁴ des adultes dans l'enfance,³¹ ou des

parents eux-mêmes.²⁸ Pour leur part, Stewart et coll.²³ ont développé une mesure qui permet d'avoir une vision triangulée des dimensions de la négligence à partir de multiples perspectives (pères, mères et enfants 10-12 ans). D'autre part, on note que les périodes de temps pour estimer la présence de négligence, de même que les choix de réponse proposés, sont très variables, allant d'une mesure de fréquence aux six mois²³ à un niveau d'accord permettant de statuer sur la présence mensuelle³² ou à vie.²⁵

En bref, la mesure de la négligence pose des défis importants et il existe encore peu d'outils capables de la documenter. Une mesure valide auprès des parents tout-venants permettrait de rendre compte de son ampleur au-delà des situations retrouvées dans les services de protection ainsi que de l'efficacité des services préventifs mis en place dans la population.

Objectifs de l'étude

Cette étude vise à documenter la validité de la traduction française du MNBS rapporté par les parents (version brève).²⁸ Traduit et utilisé par l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ) dans le cadre d'une enquête sur la violence familiale,³³ le MNBS a été choisi parce qu'il: 1) propose trois versions s'adressant aux parents d'enfants de 0-4 ans, 5-9 ans et 10-15 ans, 2) existe une version brève facile à intégrer à un questionnaire d'enquête téléphonique, 3) permet de documenter plusieurs dimensions de la négligence (ex.: émotionnelle, cognitive, physique). De plus, une récente recension des outils de mesure de la négligence parentale recommande son utilisation à des fins cliniques.³⁴

Plus particulièrement, l'étude vise à documenter les propriétés psychométriques de la traduction française du MNBS en établissant sa structure factorielle et sa cohérence interne pour chacun des groupes d'âge d'enfants concernés. Elle vise également à vérifier la validité de construit des dimensions en examinant leur relation avec différentes caractéristiques personnelles, familiales et sociales associées à la négligence. Ces analyses ont été approuvées par les comités d'éthique à la recherche de l'ISQ et des universités d'appartenance des auteurs.

Méthodologie

Participants

Cette étude utilise les données d'une enquête téléphonique réalisée par l'ISQ auprès d'un échantillon représentatif de 5371 parents québécois habitant au moins 40% du temps avec un enfant âgé entre 6 mois et 17 ans.³³ La sélection de l'échantillon provient d'une base de sondage issue du fichier de la Régie des Rentes du Québec. Dans chacun des ménages, un seul enfant était sélectionné aléatoirement. Comme la mesure de la négligence utilisée concerne uniquement les enfants âgés de 15 ans ou moins, les analyses sont réalisées auprès de l'échantillon composé de 3584 mères et 1202 pères. Cela concerne au total 4786 enfants répartis

ainsi: 1544 enfants âgés entre 6 mois et 4 ans, 1494 enfants âgés entre 5 et 9 ans et 1748 enfants âgés entre 10 et 15 ans.

La majorité des enfants proviennent de familles biparentales (75%); les autres vivent dans une famille de type monoparentale (16%) ou recomposé (9%). Ces proportions sont similaires à celles retrouvées au Canada à partir du recensement de 2011.³⁵ Le revenu familial est considéré comme étant généralement suffisant ou élevé (92%). Une faible proportion des parents se considère pauvre ou très pauvre (10%), alors que le revenu du ménage calculé à partir du nombre de personnes de plus de 16 ans habitant dans le ménage et le revenu moyen est considéré « faible » pour près de 21% des parents. Ceux-ci ont en moyenne 31 ans (ET = 5 ans et 5 mois) à la naissance de l'enfant et une scolarité de niveau collégial ou universitaire (79%). Enfin, le sexe des enfants est réparti également (49% vs 51%).

Mesures

L'échelle multidimensionnelle des conduites de négligence parentale. La traduction de la version brève auto-rapportée par les parents du MNBS²⁸ a été réalisée pour l'ensemble des items des trois catégories d'âge des enfants (Tableau 1). Approuvée par les auteurs de la version originale, la traduction de l'anglais vers le français a été réalisée par deux traducteurs indépendants. Les deux versions ont ensuite fait l'objet d'une analyse par des experts dans le domaine pour atteindre un consensus sur la formulation des items qui couvrent quatre dimensions de la négligence: émotionnelle, cognitive, de supervision et physique (voir Tableau 1). Tel que proposé par les auteurs, les choix de réponse sont basés sur une échelle de type Likert en quatre points (1 = jamais à 4 = la plupart du temps ou tout le temps). Enfin, selon les auteurs, la version brève est fortement corrélée à la version longue, et ce pour les trois groupes d'âge.²⁸

Certaines adaptations ont été apportées au MNBS par l'ISQ. Alors que les questions de la version originale concernent directement le parent répondant,²⁸ celles de l'enquête ne concernent pas que la personne répondante mais tout autre adulte de la maison (ex.: autre parent, fratrie de 18 ans et plus). De plus, la période de référence concerne les 12 derniers mois, plutôt que les 6 derniers mois proposé par les auteurs²⁸ et ce, afin d'homogénéiser les questions du MNBS avec celles du Parent-Child Conflict Tactics Scales (PCCTS) utilisées dans l'enquête. Aussi, il a été convenu d'ajouter un choix de réponse (Ne s'applique pas) pour deux items (version 5-9 ans) en raison de leur formulation qui ne s'appliquait pas à tous les enfants de 5 ans.

Violence vécue dans la famille. L'enquête a permis de documenter les conduites parentales à caractère violent à l'aide du PCCTS.^{26,33} Pour chacun des 17 items de ce questionnaire, le parent doit indiquer la fréquence annuelle sur une échelle de 1 (jamais arrivé) à 4 (arrivé 6 fois ou plus) du recours à la conduite envers l'enfant. Trois échelles sont

Tableau 1. Traduction et adaptation de la version courte du MNBS (auto-rapportée par le parent).

Version originale	Traduction	Enfants		
		0-4 ans	5-9 ans	10-15 ans
Négligence émotionnelle				
<i>Did fun things with your child.</i>	Faire des activités amusantes avec (enfant).	x		
<i>Caressed or kissed your child.</i>	Faire des câlins ou donner des bisous à (enfant).	x		
<i>Hung your child's drawings in the home.</i>	Afficher, montrer ou accorder de l'importance aux dessins de (enfant).		x	
<i>Told your child you love him/her.</i>	Dire à (enfant) qu'il l'aime.		x	x
<i>Hung your child's schoolwork in the home.</i>	Afficher, montrer ou accorder de l'importance aux travaux scolaires de (enfant).			x
Négligence cognitive				
<i>Showed interest in your child's activities or play.</i>	Témoigner de l'intérêt pour les activités ou jeux de (enfant).	x		
<i>Held, or sat down and talked with your child.</i>	Prendre (enfant) dans ses bras, sur ses genoux ou s'assoit assise avec lui.	x		
<i>Showed interest in your child's activities or hobbies.</i>	Témoigner de l'intérêt pour les activités ou passe-temps de (enfant).		x	x
<i>Helped your child with his/her schoolwork.</i>	Aider (enfant) à faire ses travaux scolaires.*		x	x
Négligence de supervision				
<i>Left your child in the car alone for just a short period of time.</i>	Laisser (enfant) seul dans la voiture, ne serait-ce qu'une courte période de temps.	x	x	
<i>Left your child in places where you weren't sure he or she was really safe.</i>	Laisser (enfant) dans des endroits où pas sûr qu'il soit tout à fait en sécurité.	x		
<i>Could hear your child when s/he cried and you are out of the room.</i>	Être capable d'entendre (enfant) pleurer alors qu'il se trouvait dans une autre pièce que l'enfant	x		
<i>Made sure your child went to school in the morning.</i>	S'assurer que (enfant) aille à l'école le matin.*		x	x
<i>Called your child from work to check up on him/her.</i>	Appeler de son lieu de travail (ou d'études) (enfant) pour vérifier si tout va bien.			x
Négligence physique				
<i>Took your child to the doctor for check-ups.</i>	Si (enfant) doit passer examen de routine, l'amener chez médecin (dentiste).	x	x	x
<i>Didn't have enough food in the house for the child.</i>	Manquer de nourriture pour (enfant) à la maison.	x	x	x
<i>When it was cold outside, kept the house warm enough.</i>	S'assurer de tenir la maison suffisamment chaude lorsqu'il faisait froid à l'extérieur.	x	x	x

* Ajout d'un choix de réponse (Ne s'applique pas).

utilisées dans cette étude, soit l'agression psychologique répétée (5 items), la punition corporelle (4 items) et la violence physique sévère (8 items). Cinq autres items portant sur l'exposition de l'enfant à des conduites violentes (physique et psychologique) entre conjoints proviennent du JVQ.²⁷

Enfant perçu difficile. Cinq items sont issus de la sous-échelle « Enfant difficile » de la version abrégée de l'Indice de stress parental. Cet instrument a été souvent utilisé auprès d'une population de parents maltraitants, ou à risque, et a fait l'objet d'une validation auprès de mères québécoises.³⁶ Pour chaque item, le parent doit indiquer son degré d'accord avec diverses caractéristiques liées au tempérament de l'enfant (enfant considéré difficile à partir du 75 percentile).³⁶

Stress lié à la conciliation des obligations familiales et extrafamiliales. Les items sur la conciliation des obligations familiales et extrafamiliales sont tirées l'Étude

longitudinale sur le développement des enfants. Il s'agit de 4 items sur la manière dont les parents vivent la conciliation de leurs activités quotidiennes. L'échelle de réponse varie de 1 (jamais) à 5 (toujours) (conciliation difficile à partir du 80 percentiles).³⁷

Consommation d'alcool et de drogues. Le questionnaire AUDIT a été utilisé pour documenter la consommation d'alcool. Cet outil comprend 10 items et a été développé et validé par l'Organisation mondiale de la santé.³⁸ Pour chaque item, le parent doit indiquer la fréquence de la situation au cours de l'année à partir de 5 choix de réponses allant de jamais à tous les jours ou presque.

La consommation de drogues a été mesurée par le biais du DAST, un questionnaire permettant d'identifier les parents faisant un usage abusif de drogues. La version française abrégée et validée, composée de 10 items a été retenue.^{39,40} Pour chaque item, le parent doit indiquer s'il a adopté ou non le comportement au cours de l'année. La présence de

Tableau 2. Analyse factorielle exploratoire de la version courte du MNBS selon les catégories d'âge des enfants.

	6 mois-4 ans (n = 1544)			5-9 ans (n = 1494)			10-15 ans (n = 1748)		
	Fact. I	Fact. II	Fact. III	Fact. Ib	Fact. IIb	Fact. IIIb	Fact. Ic	Fact. IIc	Fact. IIIc
<i>Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence est-il arrivé qu'un adulte de la maison...</i>									
Fasse des activités amusantes avec (enfant)	0,64	0,00	0,22	–	–	–	–	–	–
Fasse des câlins ou donne des bisous à (enfant)	0,66	-0,06	-0,00	–	–	–	–	–	–
Prenne (enfant) dans ses bras, sur ses genoux ou s'assoit avec lui	0,72	0,01	0,03	–	–	–	–	–	–
Témoigne de l'intérêt pour les activités, jeux ou passe-temps de (enfant)	0,66	0,09	0,06	0,76	-0,06	0,16	0,73	0,20	-0,02
Affiche, montre ou accorde de l'importance aux dessins de (enfant)	–	–	–	0,56	0,29	0,27	–	–	–
Affiche, montre ou accorde de l'importance aux travaux scolaires de (enfant)	–	–	–	–	–	–	0,66	0,21	-0,02
Dise à (enfant) qu'il l'aime	–	–	–	0,72	0,13	-0,04	0,79	-0,10	0,11
Laisse (enfant) seul dans la voiture, ne serait-ce qu'une courte période de temps*	-0,05	0,76	0,10	0,10	-0,30	-0,73	–	–	–
Laisse (enfant) dans des endroits où il n'est pas sûr qu'il soit tout à fait en sécurité*	0,12	0,60	-0,17	–	–	–	–	–	–
Manque de nourriture pour (enfant) à la maison*	-0,14	0,29	0,75	0,15	-0,28	0,61	0,12	0,10	-0,45
Si (enfant) devait passer un examen de routine (<i>check up</i>), qu'il l'amène chez le médecin (ou le dentiste)	0,31	-0,22	0,47	0,10	0,74	0,14	0,19	0,68	0,06
S'assure de tenir la maison suffisamment chaude lorsqu'il faisait froid à l'extérieur	0,22	-0,27	0,52	0,42	0,37	-0,20	0,13	0,64	-0,36
S'assurer que (enfant) aille à l'école le matin	–	–	–	0,22	0,63	-0,08	-0,02	0,44	0,47
Aider (enfant) à faire ses travaux scolaires	–	–	–	0,56	0,23	-0,10	0,40	0,18	0,48
Appelle de son lieu de travail (ou d'études) (enfant) pour vérifier si tout va bien	–	–	–	–	–	–	0,16	0,08	0,62
Variance expliquée (%)	22,17	12,26	10,99	26,87	11,87	–	25,35	12,24	12,11
Alpha de Cronbach	0,63	0,22	0,24	0,59	0,40	–	0,62	0,20	0,39

Note: Échelle de réponse I = jamais à 4 = La plupart du temps; * Échelle inversée.

consommation a été établie à partir des seuils proposés dans les guides d'utilisation.⁴¹

Symptômes de dépression. L'évaluation des symptômes dépressifs du parent a été faite à l'aide d'une version abrégée à 12 items du *Center for Epidemiological Studies Depression* qui mesure la fréquence et la sévérité des symptômes liés à la dépression au cours de la dernière semaine⁴² (seuil du 90^e centile utilisé comme point de coupure).⁴³

Variables socioéconomiques. Parmi les autres variables retenues, on retrouve la situation économique perçue par le parent et le soutien social évalué au moyen de 5 items tirés de la version française de l'Échelle de provisions sociales validée auprès d'une population québécoise.⁴⁴

Analyses statistiques

Trois analyses factorielles exploratoires en composante principale avec rotation Varimax ont été réalisées en fonction de l'âge des enfants. Les items de chacune des dimensions issues des analyses factorielles ont ensuite fait l'objet d'une analyse de cohérence interne (alpha de Cronbach). Enfin, les dimensions créées lors de l'analyse factorielle ont été corrélées avec divers facteurs de risque associés aux conduites de négligence parentale de manière à valider leur construit.⁴⁵

Résultats

Analyses factorielles exploratoire et cohérence interne

Les résultats obtenus aux analyses factorielles exploratoires suggèrent la présence de diverses dimensions de la mesure de la négligence relativement similaires selon les catégories d'âge des enfants (Tableau 2). Ces dimensions concernent les besoins affectifs/cognitifs, physiques (soins de base) et de supervision des enfants.

Chez les enfants âgés entre 6 mois et 4 ans, les résultats montrent la présence de trois dimensions (facteurs) expliquant respectivement 22%, 12% et 11% de la variance totale et possédant chacune une valeur propre supérieure à 1. Pour cette catégorie d'âge, un item du MNBS a été retiré de l'analyse. Une analyse préalable de l'item « Être capable d'entendre l'enfant pleurer alors qu'un adulte se trouvait dans une autre pièce que l'enfant » avait montré que la distribution des réponses se distingue des autres items et ne permet pas de discriminer les conduites de négligence.^{33,46}

La première dimension identifiée dans les analyses a été nommé « Affectif/cognitif » et comporte 4 items ($\alpha = 0,63$). La seconde dimension comporte deux items sur la supervision de l'enfant (« Supervision », $\alpha = 0,22$). Enfin, la troisième dimension nommée « Soins de base » ($\alpha = 0,24$) comporte trois items désignant des conduites affectant les soins physiques de l'enfant (nourriture, soins médicaux et chaleur de la maison).

Tableau 3. Corrélations entre les dimensions du MNBS selon les catégories d'âge des enfants.

Dimensions	6 mois-4 ans (n=1124)			5-9 ans (n=1072)		10-15 ans (n=1239)		
	1	2	3	1	3	1	2	3
Affective/Cognitive	–			–		–		
Supervision	-0,26**	–		–	–	0,29**	–	
Soins de base	0,28**	-0,55**	–	0,38**	–	0,30**	0,25**	–
Moyenne	1,16	1,14	1,11	1,16	1,08	1,23	1,15	1,86
Écart type	0,29	0,26	0,27	0,35	0,30	0,41	0,41	0,69

** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$.

Chez les enfants de 5-9 ans, les résultats montrent que seules deux dimensions se dégagent, chacune possédant une valeur propre égale ou supérieure à 1. La première dimension (« Affectif/cognitif », $\alpha = 0,59$), inclut quatre items qui concernent les dimensions affectives et cognitives et qui expliquent 27% de la variance totale. Trois autres items constituent la seconde dimension qui explique 12% de la variance totale (« Soins de bases », $\alpha = 0,40$). Deux items se retrouvent isolés dans un facteur dont la valeur propre est inférieure à 1 (i.e. « Manquer de nourriture », « Laisser l'enfant seul dans la voiture »). Considérant cette valeur et l'examen du diagramme d'ébouillis, ces items n'ont pas été retenus.⁴⁷

Chez les enfants de 10-15 ans, l'analyse montre la présence de trois dimensions qui expliquent respectivement 25%, 12% et 12% de la variance totale et possédant chacune une valeur propre supérieure à 1. La première dimension, « Affectif/Cognitif » ($\alpha = 0,62$), inclut trois items et la seconde regroupe deux items portant sur les « Soins de base » ($\alpha = 0,20$). Enfin la troisième dimension inclut trois items et a été nommé « Supervision » ($\alpha = 0,39$). Bien que l'item « Manquer de nourriture » soit négativement associé à cette dimension, il a été retiré en raison de la confusion qu'il entraîne pour sa compréhension. Son retrait permet d'augmenter le coefficient de cohérence interne de près d'un dixième de point (0,30 à 0,39).

L'analyse des interrelations entre les dimensions du MNBS fournit une autre occasion d'explorer la validité de construit de l'outil (Tableau 3). Chez les enfants plus jeunes, les dimensions « Soins de base » et « Affectif/cognitif » sont positivement et significativement corrélées ($r = 0,28$; $p \leq 0,01$), alors que la dimension « Supervision » est négativement corrélée aux deux précédentes ($r = -0,55$ et $r = -0,26$; $p \leq 0,01$). Chez les enfants âgés entre 5 et 9 ans, les deux dimensions corrélaient positivement et significativement ($r = 0,38$; $p \leq 0,01$). Enfin, chez les enfants âgés de 10 à 15 ans, les trois dimensions sont significativement corrélées ($r = 0,29$, $r = 0,30$ et $r = 0,25$; $p \leq 0,01$).

Variables associées aux conduites de négligence

Les variables personnelles, familiales et sociales documentées dans l'enquête ont été corrélées aux dimensions de

négligence pour les trois catégories d'âge des enfants (Tableau 4).

Chez les jeunes enfants, les variables associées aux dimensions affective/cognitive et aux soins de base sont associées au faible statut socioéconomique des parents. Par contre, la dimension supervision est étroitement liée à des problèmes de consommation des parents ainsi qu'à un climat de violence familiale. De plus, les corrélations qui existent entre cette dimension et certaines variables (parent en emploi, ayant un niveau de scolarité et un revenu plus élevé, éprouvant un stress lié à la conciliation travail-famille) laissent croire que certains parents occupant un emploi trouvent plus difficile d'assurer que l'enfant d'âge préscolaire soit supervisé de façon adéquate.

Chez les enfants âgés entre 5 et 9 ans, les variables associées aux deux dimensions de la négligence sont relativement similaires. Il s'agit principalement de variables d'ordre socio-économiques (ex.: faible revenu, faible soutien social). Par ailleurs, certaines variables personnelles sont plus associées à la dimension affective/cognitive (i.e., âge des enfants, sexe du parent, consommation d'alcool). On note que l'agression psychologique répétée envers l'enfant est négativement associée à cette dimension. Ainsi les enfants qui vivent davantage de conduites de négligence de type affective/cognitive semblent moins enclins à être la cible de blasphèmes ou de cris répétés.

Enfin, chez les enfants âgés de 10 à 15 ans, plus ils sont vieux, plus ils vivent des conduites de négligence de type affective/cognitive et de supervision. Les pères sont plus nombreux que les mères à rapporter des comportements négligents auprès de ces enfants. Par ailleurs, les dimensions affective/cognitive et soins de base sont associées aux facteurs socioéconomiques (faible niveau d'éducation, faible soutien social et faible revenu).

Discussion

La présente étude a permis de documenter les propriétés psychométriques d'un outil (MNBS) utilisé afin d'obtenir un portrait populationnel des conduites de négligence parentale. Celui-ci permet de mesurer certaines dimensions de la négligence auprès des parents mais ne permet pas de documenter plus de trois dimensions de ce phénomène

Tableau 4. Corrélations entre Facteurs associés aux dimensions des conduites de négligence selon les catégories d'âge des enfants.

	6 mois-4 ans (n = 1124)			5-9 ans (n = 1072)		10-15 ans (n = 1239)		
	Affectif/ cognitif		Soins de base	Affectif/ Cognitif		Soins de base		Supervision
	r	r	r	r	r	r	r	r
Sexe de l'enfant (garçon)	-0,04	0,04	-0,02	-0,02	-0,00	-0,00	-0,02	-0,01
Âge de l'enfant (année)	0,02	0,04	-0,05	-0,08**	0,01	0,13***	0,04	0,26***
Tempérament de l'enfant (difficile)	0,10***	0,05*	0,08**	0,05*	0,06**	0,08***	0,00	0,01
Sexe du parent (père)	0,09***	-0,06*	0,06**	0,11***	0,03	0,11***	0,04	0,12***
Âge du parent à la naissance (≤ 20 ans)	0,03	-0,01	0,00	0,01	0,06*	0,00	0,05*	0,00
Symptôme dépressif	0,10***	0,07**	0,07**	0,05	0,07***	0,10**	0,07**	0,00
Consommation alcool	0,06*	0,13***	-0,00	0,10***	0,03	0,03	0,03	0,02
Consommation drogue	-0,05	0,13***	0,03	0,05	-0,02	0,02	-0,04	0,02
Niveau d'éducation (≤ secondaire)	0,13***	-0,11***	0,11***	0,14***	0,06*	0,14***	0,10***	0,04
Parent sans emploi	0,14***	-0,10***	0,10***	0,16***	0,15***	0,04	0,08***	0,00
Conciliation travail-famille (difficile)	0,03	0,10***	-0,00	-0,07*	-0,02	0,00	-0,04	-0,04
Famille monoparentale	0,04	0,02	0,02	-0,01	0,05	0,00	0,02	-0,01
Faible soutien social	0,20***	0,00	0,13***	0,20***	0,16***	0,18***	0,11***	0,05*
Revenu perçu pauvre	0,04	-0,00	0,07*	0,11***	0,19***	0,11***	0,08**	0,03
Faible revenu (≤ 25 000\$)	0,11***	-0,08**	0,10***	0,17***	0,19***	0,06**	0,09**	0,00
Agression psychologique envers l'enfant (3+)	-0,00	0,13***	-0,00	-0,10***	-0,04	0,00	-0,03	-0,02
Punition corporelle envers l'enfant	0,02	0,12***	0,02	0,02	0,02	0,00	0,02	-0,04
Violence physique sévère envers l'enfant	0,03	0,09***	0,06*	0,02	0,01	0,04	0,04	-0,01
Exposition de l'enfant à la violence conjugale	-0,00	0,16***	0,03	-0,02	-0,05	0,00	-0,01	-0,00

*** $p \leq 0,001$; ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$.

complexe. En ce sens, les dimensions sont davantage de l'ordre des carences affective et physique, rejoignant la proposition de Stoltenborgh et coll.¹³ Malheureusement, il est impossible de comparer les coefficients de cohérence interne obtenus pour chaque dimension avec ceux de la version originale anglaise de l'instrument car seuls des coefficients d'un score global de négligence (incluant tous les items) ont été publiés.²⁸ Par ailleurs, notons que les coefficients de cohérence interne obtenus, même s'ils sont très faibles (variant entre 0,20 et 0,64), ne remettent pas en cause la validité de l'instrument puisqu'ils mesurent des événements à la fois rares et souvent peu corrélés les uns aux autres.^{24,26,28} Plusieurs instruments de mesure dans le domaine, même s'ils sont considérés valides, ont d'ailleurs obtenus de très faibles coefficients de cohérence interne pour ces raisons.^{26,48}

Concernant la validité de construit, les dimensions sont reliées aux divers constats issus des recherches. Ainsi, la négligence relative à la difficulté de fournir des soins de base aux enfants est significativement associée aux conditions socioéconomiques difficiles des parents, peu importe l'âge des enfants.^{49,50} On retrouve cependant reliés à la dimension affective/cognitive, plusieurs facteurs indiquant une moins grande disponibilité psychologique du parent, tels que la consommation d'alcool, la dépression, le faible soutien social et un stress parental associé à la perception que l'enfant est difficile.^{24,45,51}

En ce qui concerne la négligence de supervision chez les 6 mois-4 ans, le fait qu'elle soit négativement reliée aux deux autres dimensions suggère que plus les parents rapportent des conduites de ce type, moins ils sont susceptibles de rapporter des conduites négligentes affectives/cognitives ou reliées aux soins de base. Cela pourrait s'expliquer en partie par les besoins de ces jeunes enfants qui requièrent une plus grande supervision. Cela pourrait aussi s'expliquer par le profil différent de ces parents, davantage associé à des conditions qui engendrent un stress au plan des obligations liées à l'emploi plutôt qu'un stress socio-économique.⁷ Ces obligations, combinées à des problèmes de consommation, peuvent rendre plus difficile la supervision des jeunes enfants.

Le fait de centrer la mesure de la négligence selon l'omission de conduites parentales susceptibles d'assurer la sécurité, le développement et le bien-être de l'enfant pose de nombreux défis car la négligence relève le plus souvent de conditions de vie difficiles plutôt que d'un comportement parental. D'ailleurs, certains auteurs³⁰ proposent de la documenter en fonction de ses impacts sur l'enfant alors que ceux-ci peuvent être ardues à détecter, particulièrement à court terme.⁵² En outre, la mesure de la négligence doit tenir compte des besoins développementaux des enfants qui varient selon l'âge.

À cet effet, il existe un modèle reconnu internationalement permettant de placer les besoins des enfants au cœur

même de la définition de la négligence⁵³ et dont les outils dérivés⁵⁴ pourraient s'avérer utiles pour la bonification d'une mesure populationnelle de la négligence tel que le MNBS. Inspiré d'un cadre d'analyse britannique,⁵⁵ ce modèle est utilisé dans de nombreuses initiatives d'intervention en négligence et en protection de l'enfance au Québec.⁵⁶⁻⁵⁸

Le bien-être de l'enfant, placé au centre des préoccupations, est envisagé comme la résultante de l'interrelation de trois systèmes présentés sous forme de triangle où chaque côté représente: les besoins développementaux des enfants, la réponse des parents à ses besoins, et les facteurs familiaux et environnementaux susceptibles d'influencer cette réponse. La capacité des parents à satisfaire les besoins des enfants est alors envisagée dans cette grille sous divers aspects, dont donner les soins de base à l'enfant, le protéger, le stimuler, lui donner de l'amour, l'encadrer, et lui offrir une stabilité. Une mesure populationnelle de la négligence doit pouvoir considérer l'ensemble de ces dimensions, ce que ne permettent pas les outils recensés.

Une mesure de la négligence doit aussi pouvoir considérer l'âge des enfants puisque la réponse parentale y dépend. Par exemple, laisser un nourrisson sans surveillance risque d'entraîner des conséquences plus importantes pour sa sécurité que de laisser un adolescent sans surveillance. Dans le même sens, ne pas nourrir un nourrisson risque d'entraîner des conséquences beaucoup plus graves que pour un enfant d'âge scolaire. Bien que les chercheurs recommandent que les questionnaires s'adaptent à l'âge des enfants,^{30,59} force est de constater que la plupart documentent les situations vécues dans l'enfance auprès d'adultes et considèrent ainsi toutes situations de négligence infantile sans égard à l'âge.⁶⁰⁻⁶³ Enfin, une mesure populationnelle doit tenir compte du contexte environnemental dans lequel grandit l'enfant. Les conditions du logement, la stabilité des figures qui entourent l'enfant, le soutien offert par les personnes autres que les figures parentales sont autant d'éléments qui contribuent à faciliter ou à nuire à la réponse aux besoins de l'enfant.

En somme, le MNBS permet de documenter certaines dimensions de la négligence, surtout au plan affectif/cognitif. Le fait que les questions soient adaptées à l'âge des enfants représente un atout important. Cependant, la pertinence et la formulation de certains items est à revoir. Par exemple, les items « Appeler de son travail » et « Laisser l'enfant seul dans la voiture » laissent sous-entendre que les parents ont un travail ou une voiture, détectant ainsi davantage une situation de pauvreté que de conduites négligentes, et ce même si certains auteurs suggèrent que de tels items fassent partie d'une mesure de la négligence.^{24,64} D'autres items pourraient aussi être ajoutés afin de mieux documenter, surtout chez les plus jeunes, les dimensions « Supervision » (ex.: « Savoir où se trouve l'enfant lorsqu'il n'est pas à la maison », « S'assurer que le logement ou la maison ne comporte pas de danger ») et « Soins de base » (ex.: « S'assurer que l'enfant porte des vêtements adaptés à la température extérieure »). En outre, le cadre d'analyse

britannique pourrait servir à améliorer la mesure de la négligence en permettant de documenter de manière plus exhaustive plusieurs dimensions directement liées aux besoins des enfants.

Declaration of Conflicting Interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The author(s) received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

Références

1. Administrateur en chef de la santé publique. Rapport sur l'état de la santé publique au Canada 2009: Grandir sainement – Priorités pour un avenir en santé. Ottawa (ON): Agence de la santé publique du Canada; 2009.
2. Afifi TO. Child maltreatment in Canada: An understudied public health problem. *Can J Public Health*. 2011;102(6):459-462.
3. Lacharité C, Éthier L, Nolin P. Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie*. 2006;59(4):381-394.
4. Agence de santé publique du Canada. Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2008: Données principales. Ottawa (ON): Agence de santé publique du Canada; 2010
5. Hélie S, Turcotte D, Trocmé N, et al. Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse en 2008 (ÉIQ-2008). Montréal (QC): Centre Jeunesse de Montréal-Institut Universitaire; 2012.
6. Tourigny M, Mayer M, Hélie S, et al. Les mauvais traitements envers les enfants tels que rapportés aux Directeurs de la protection de la jeunesse. Dans: *Portrait Social du Québec*. Sainte-Foy (QC): Institut de la Statistique du Québec; 2001. p. 459-473.
7. Ruiz-Casares M, Trocme N, Fallon B. Supervisory neglect and risk of harm. Evidence from the Canadian child welfare system. *Child Abuse Neglect*. 2012;36(6):471-480.
8. Trocmé N, Tourigny M, MacLaurin B, et al. Major findings from the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect. *Child Abuse Negl*. 2003;27(12):1427-1439.
9. Maguire SA, Williams B, Naughton AM, et al. A systematic review of the emotional, behavioural and cognitive features exhibited by school-aged children experiencing neglect or emotional abuse. *Child Care Health Dev*. 2015;41(6):641-665.
10. Norman RE, Byamba M, De R, et al. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-Analysis. *PLoS Med*. 2012;9(11):e1001349.
11. Evans CBR, Burton DL. Five types of child maltreatment and subsequent delinquency: Physical neglect as the most significant predictor. *J Child Adolesc Trauma*. 2013;6(4):231-245.
12. Dubowitz H, Newton R, Litrownik A, et al. Examination of a conceptual model of child neglect. *Child Maltreat*. 2005;10(2): 173-189.

13. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013;48(3):345-355.
14. Jack SM. The role of public health in addressing child maltreatment in Canada. *Chronic Dis Can.* 2010;31(1):39-44.
15. MacMillan HL, Jamieson E, Wathen NC, et al. Development of a policy-relevant child maltreatment research strategy. *Milbank Q.* 2007;85(2):337-374.
16. Gilbert R, Fluke J, O'Donnell M, et al. Child maltreatment: variation in trends and policies in six developed countries. *Lancet.* 2012;379:758-772.
17. Sanders MR, Markie-Dadds C, Rinaldis M, et al. Using household survey data to inform policy decisions regarding the delivery of evidence-based parenting interventions. *Child Care Health Dev.* 2007;33(6):768-783.
18. O'Donnell M, Scott D, Stanley F. Child abuse and neglect — Is it time for a public health approach? *Aust N Z J Public Health.* 2008;32(4):325-330.
19. Scott KG, Mason CA, Chapman DA. The use of epidemiological methodology as a mean of influencing public policy. *Child Dev.* 1999;70(5):1263-1272.
20. Slack KS, Holl J, Altenbernd L. Improving the measurement of child neglect for survey research: Issues and Recommendations. *Child Maltreat.* 2003;8(2):98-111.
21. Dubowitz H, Pitts SC, Black MM. Measurement of three major subtypes of child neglect. *Child Maltreat.* 2004;9(4):344-356.
22. Mennen FE, Kim K, Sang J, et al. Child neglect: definition and identification of youth's experiences in official reports of maltreatment. *Child Abuse Negl.* 2010;34(9):647-658.
23. Stewart C, Kirisci L, Long AL, et al. Development and psychometric evaluation of the Child Neglect Questionnaire. *J Interpers Violence.* 2015;30(19):3343-3366.
24. Kaufman Kantor G, Holt MK, Mebert CJ, et al. Development and preliminary psychometric properties of the multidimensional neglectful behavior scale—child report. *Child Maltreat.* 2004;9(5):409-428.
25. Sledjeski EM, Dierker LC, Bird HR, et al. Predicting child maltreatment among puerto rican children from migrant and non-migrant families. *Child Abuse Negl.* 2009;33(6):382-392.
26. Straus MA, Hamby SL, Finkelhor D, et al. Identification of child maltreatment with the parent-child conflict tactics scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse Negl.* 1998;22(4):249-270.
27. Finkelhor D, Hamby S, Turner H, et al. The juvenile victimization questionnaire: 2nd revision (JVQ-R2). Durham (NH): Crimes Against Children Research Center; 2011.
28. Holt MK, Straus MA, Kaufman Kantor G. A short form of the parent-report Multidimensional Neglectful Behavior Scale. Durham (NH): family Research Laboratory, University of New Hampshire; 2004.
29. Lounds JJ, Borkowski JG, Whitman TL. Reliability and validity of the mother-child neglect scale. *Child Maltreat.* 2004;9(4):371-381.
30. Straus MA, Kaufman Kantor G. Definition and measurement of neglectful behavior: some principles and guidelines. *Child Abuse Negl.* 2005;29(1):19-29.
31. Straus MA. Cross-cultural reliability and validity of the multidimensional neglectful behavior scale adult recall short form. *Child Abuse Negl.* 2006;30(11):1257-1279.
32. Theodore A, Runyan D, Chang JJ. Measuring the risk of physical neglect in a population-based sample. *Child Maltreat.* 2007;12(1):96-105.
33. Clément MÈ, Bernèche F, Fontaine C, et al. La violence familiale dans la vie des enfants du Québec – 2012 Montréal (QC): Institut de la statistique du Québec; 2013.
34. Turcotte G, Pilote C. Inventaires des outils cliniques en négligence: Rapport final. Montréal (QC): Ministère de la santé et des services sociaux; 2012.
35. Statistique Canada. Recensement de la population de 2011, produit no 98-312-XCB au catalogue [Internet] Ottawa (ON): Statistiques Canada; 2013 [cité le 10 janvier 2017]. À l'adresse: <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/famil54a-fra.htm>.
36. Lacharité C, Éthier LS, Piché C. Le stress parental chez les mères d'enfants d'âge préscolaire: Validation et normes québécoises pour l'Inventaire de Stress Parental. *Sante Ment Que.* 1992;17(2):183-204.
37. Bohlen HH, Viveros-Long A. Balancing jobs and family life: Do flexible work schedule help? Philadelphia (PA): Temple University Press; 1981.
38. Huurre T. Adolescent risk factors for excessive alcohol use at age 32 years. A 16-year prospective follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45(1):125-134.
39. Centre de toxicomanie et de santé mentale. Questionnaire sur la consommation de drogues (DAST-20). Toronto (ON): Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2011.
40. Yudko E, Lozhikna O, Fouts A. A comprehensive review of the psychometric properties of the drug abuse screening test. *J Subst Abuse Treat.* 2007;32(2):189-198.
41. Babor TFJ, Higgings-Biddle JB, Saunders MG, et al. AUDIT: The alcohol use disorders identification test. guidelines for use in primary care. Second edition. Geneva (CH): World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence; 2001.
42. Roy C, Zoccolillo R, Gruber R, et al. Construct validity of an instrument to assess major depression in parents in epidemiologic studies. *Can J Psychiatry.* 2005;50(12):784-791.
43. Japel CR, Tremblay R, McDuff P. Santé et adaptation sociale des parents, section I – Habitudes de vie et état de santé. Dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002)*, vol. 1, no 9. Québec (QC): Institut de la statistique du Québec; 2000.
44. Caron J. L'échelle de provisions sociales: une validation québécoise. *Sante Ment Que.* 1996;21(2):158-180.
45. Slack KS, Berger LM, DuMont K, et al. Risk and protective factors for child neglect during early childhood: A cross-study comparison. *Child Youth Serv Rev.* 2011;33(8):1354-1363.

46. Clément ME, Bérubé A, Chamberland C. Prevalence and risk factors of child neglect in the general population. *Public Health*. 2016;138:86-92.
47. Floyd FJ, Widaman KF. Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychol Assess*. 1995;7(3):286.
48. Finkelhor D, Hamby SL, Ormrod R, et al. The Juvenile Victimization Questionnaire: Reliability, validity, and national norms. *Child Abuse Negl*. 2005;29(4):383-412.
49. Hearn J. Unmet needs in addressing child neglect: Should we go back to the drawing board?. *Child Youth Serv Rev*. 2011; 33(5):715-722.
50. Jonson-Reid M, Drake B, Zhou P. Neglect subtypes, race, and poverty. individual, family, and service characteristics. *Child Maltreat*. 2013;18(1):30-41.
51. Dong M, Anda RF, Felitti VJ, et al. The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse Negl*. 2004;28(7):771-784.
52. Dubowitz H. Understanding and addressing the "neglect of neglect:" Digging into the molehill. *Child Abuse Negl*. 2007; 31(6):603-606.
53. Léveillé S, Chamberland C. Toward a general model for child welfare and protection services: A meta-evaluation of international experiences regarding the adoption of the framework for the assessment of children in need and their families (FACNF). *Child Youth Serv Rev*. 2010;32(7): 929-944.
54. Department of Health. Framework for the assessment of children in need and their families. London (UK): Department of Health; 2000.
55. Bérubé A, Lafantaisie V, Coutu S, Dubeau D, et al. Élaboration d'un outil écosystémique et participatif pour l'analyse des besoins des enfants en contexte de négligence: L'outil Place aux parents. *Rev Psychoeduc*. 2015;44(1):105-120.
56. Chamberland C, Dufour S, Lemay L, et al. L'analyse écosystémique et participative des besoins des enfants vulnérables au Québec: 15 ans de recherche et d'intervention. *Rev Psychoeduc*. 2015;44(2):459-470.
57. Lacharité C. Transforming a wild world: Helping children and families facing neglect in the Province of Quebec, Canada. *Child Abuse Rev*. 2014;23(4):286-296.
58. Poirier MA, Léveillé S, Clément MÈ. Introduction. Dans Léveillé S, Poirier MA & Clément MÈ (dir.). *Jeunesse en tête: au-delà du risque de maltraitance, les besoins de développement des enfants* (p. 1-5). Québec (QC): Presses de l'Université du Québec; 2015. p. 1-5.
59. McSherry D. Understanding and addressing the "neglect of neglect". Why are we making a mole-hill out of a mountain? *Child Abuse Negl*. 2007;31:607-614.
60. Hussey JM, Chang JJ, Kotch JB. Child maltreatment in the United States: Prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics*. 2006;118(3):933-942.
61. May-Chahal C, Cawson P. Measuring child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl*. 2005;29(9):969-984.
62. Bernstein DP, Fink L. *Childhood Trauma Questionnaire: a retrospective self-report manual*. San Antonio (TX): The Psychological Corporation; 1998.
63. Paquette D, Laporte L, Bigras M, et al. Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance. *Sante Ment Que*. 2004;29(1):201-220.
64. Goodvin R, Johnson DR, Hardy SA, et al. Development and confirmatory factor analysis of the community norms of child neglect scale. *Child Maltreat*. 2007;12(1):68-85.