

## INTENSITÉ DES SERVICES DES CENTRES JEUNESSE ET PRÉVENTION DE LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE CHEZ DE JEUNES ENFANTS VICTIMES DE NÉGLIGENCE<sup>1</sup>

Michèle Déry, Robert Pauzé et Audette Sylvestre

### INTRODUCTION

Ce texte présente les résultats de la portion longitudinale d'une étude menée auprès d'enfants (0-3 ans) desservis par des Centres jeunesse (CJ). La portion transversale de l'étude, déjà présentée au Colloque Recherche-Défi (Déry & Pauzé, 2001), portait sur la fréquence des retards de développement chez cette jeune clientèle et sur les facteurs de risque associés. La portion longitudinale examine le rôle des services des CJ pour résorber ces retards et prévenir l'apparition de la déficience intellectuelle 4 ans plus tard.

Bien que les CJ n'aient pas le mandat d'offrir des services aux familles d'enfants qui ont une déficience intellectuelle, leurs plus jeunes clientèles sont exposées à de nombreux facteurs défavorables à leur développement cognitif. D'une part, plus de 90% de ces enfants sont victimes de négligence, un facteur pouvant entraîner des retards de développement (Jourdan-Ionescu & Palacio-Quintin, 1997) et la déficience intellectuelle (Perry, 2002). D'autre part, leurs familles sont souvent très pauvres et démunies (Pauzé *et al.*, 2000) et cumulent des facteurs de risque environnementaux pouvant nuire au développement cérébral de l'enfant en période

prénatale ou postnatale (Luckasson *et al.*, 2002); le risque de retard ou de déficience étant fonction de la précocité et de la durée d'exposition à ces facteurs de risque (Black *et al.*, 2000; Duncan & Brooks-Gunn, 2000; O'Connor *et al.*, 2000). Or, le développement cognitif est rarement considéré dans les études sur les clientèles des CJ (Pauzé *et al.*, 1995) et, à notre connaissance, il n'est pas systématiquement évalué lors des demandes de prise en charge des jeunes enfants. Nous avons donc peu d'information sur la fréquence des retards chez cette jeune clientèle et sur le rôle des services offerts par les CJ pour les prévenir ou les contrer.

Notre première étude des clientèles 0-3 ans des CJ (Déry & Pauzé, 2001; Déry *et al.*, 2002) a révélé qu'au début de leur prise en charge, 35 % des enfants avaient un score inférieur à un écart type à la moyenne à l'échelle de développement mental de Bayley (1993) – ce qui correspond à un retard léger selon les normes établies pour cette échelle. De plus, 10 % obtenaient un score inférieur à deux écarts types à la moyenne, ce qui représente un retard important. Aucun des facteurs de risque mesurés dans l'étude n'a pu être relié à la présence de ces retards. Par contre, l'étude a montré que le risque d'en présenter augmentait en fonction du temps de vie passé dans l'environnement familial, une association qui ne s'expliquait pas par la non sensibilité des échelles de Bayley aux retards de développement mental des très jeunes enfants (Black *et al.*, 2000). Un tel résultat suggérait donc que d'autres retards pouvaient se développer ou

---

1. Cette étude a été rendue possible grâce à l'aide financière du Fonds pour l'adaptation des services de santé de Santé Canada, du Fonds québécois de recherche sur la société et la culture, du Conseil québécois de la recherche sociale et de l'Université de Sherbrooke.

s'accentuer avec le temps, notamment chez les enfants les plus jeunes.

Conséquemment, le premier objectif poursuivi dans la portion longitudinale de l'étude est d'établir la fréquence des retards intellectuels dans l'échantillon. Le second objectif est de déterminer, dans les trajectoires de développement, le rôle des services des CJ reçus dans les premières années de prise en charge pour prévenir ou résorber les retards.

## MÉTHODOLOGIE

### Participants

La portion transversale de l'étude (premier temps de mesure ou T1) a été menée auprès de 98 enfants (âge moyen de 19,2 mois). Cet échantillon a été constitué consécutivement, à partir des listes des enfants nouvellement inscrits au service de prise en charge des CJ de l'Estrie, de Montréal et de Québec. Dans la portion longitudinale (second temps de mesure ou T2), les familles de 41 enfants ont pu être revues. Les enfants étaient alors âgés entre 4 et 7 ans (âge moyen de 5,6 ans). L'échantillon retracé est comparable à l'échantillon initial sur l'ensemble des données du T1.

### Mesures

*Déficience intellectuelle.* La fréquence des retards intellectuels a été évaluée d'après le premier critère reconnu par l'Association américaine pour le retard mental (AAMR) (Luckasson *et al.*, 2002) sur les limitations du fonctionnement intellectuel, à savoir un QI inférieur à environ deux écarts types à la moyenne. Le QI a été estimé à partir des sous-tests « Connaissances », « Similitudes » et « Blocs » des échelles d'intelligence de Wechsler (1989; 2000), soit la WPPSI-R ou la WISC-III selon l'âge de l'enfant. Les scores à ces sous-tests ont été convertis en QI à partir des correspondances établies par Slatter (1992). La moyenne standard aux échelles de Wechsler étant de 100 avec un écart type de 15, nous avons considéré, dans le sens du critère de l'AAMR,

qu'un QI de 70-75 ou moins était indicateur d'un retard intellectuel .

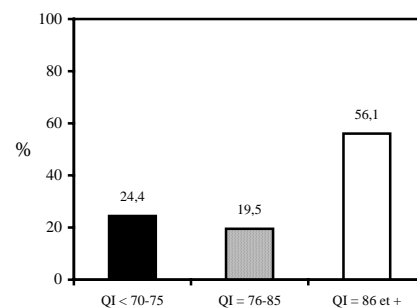
*Services des Centres jeunesse.* Un questionnaire a été construit par Puzé *et al.* (2000) pour faire un suivi téléphonique auprès des familles sur les services reçus des CJ. Les suivis portent sur les 24 premiers mois de la prise en charge et permettent d'établir l'intensité des services externes offerts à la famille (moins de deux fois par mois vs deux fois par mois ou plus) et des placements de l'enfant en famille d'accueil (moins de 12 mois vs 12 mois ou plus).

## RÉSULTATS

La figure 1 illustre la distribution des QI observée quatre ans plus tard dans l'échantillon. Le quart des enfants a un QI inférieur ou égal à deux écarts types à la moyenne (seuil correspondant, ici, à un QI  $\leq$  75) et rencontrerait, ainsi, le premier critère de l'AAMR pour la déficience intellectuelle. Un autre 20 % a un QI inférieur à au moins un écart type à la moyenne (QI entre 76 et 85), ce qui est relativement faible. Enfin, un peu plus de la moitié des enfants de l'échantillon a un QI se situant dans la moyenne.

**Figure 1**

**Distribution des QI dans l'échantillon**



**Tableau 1**

**Trajectoires évolutives des retards entre les 2 temps de mesure (T1-T2)**

Trajectoire	% de l'échantillon	T1	T2	Âge moyen (en mois) au T1*
Trajectoire 1	34,1 %	Sans retard	Sans retard	19,2
Trajectoire 2	19,5 %	Sans retard	Avec retard	9,6
Trajectoire 3	22,0 %	Avec retard	Sans retard	28,8
Trajectoire 4	24,4 %	Avec retard	Avec retard	21,6

\* p < 0,005, trajectoire 2 < trajectoires 1, 3, 4

**Tableau 2**

**Services reçus des CJ par les enfants et leur famille**

Services 24 premiers mois	Trajectoire 1 : sans retard T1-T2	Trajectoire 2 : sans retard T1 avec retard T2	Trajectoire 3 : avec retard T1 sans retard T2	Trajectoire 4 : avec retard T1-T2
Suivi « intensif » de la famille * (au moins aux deux semaines)	25 %	33 %	100 %	25 %
Placement prolongé de l'enfant (durée totale de 12 mois ou plus)	33 %	50 %	43 %	63 %

\* p < 0,01

En considérant la présence ou l'absence de retard aux deux temps de mesure, quatre trajectoires évolutives peuvent être identifiées (voir le tableau 1). On peut observer, entre autres, que 22 % des enfants avaient un retard au T1 (tel qu'évalué à l'échelle de développement mental de Bayley) mais n'en présentent plus au T2. Par contre, 43,9 % ont développé un retard ou l'ont conservé. Les enfants qui ont suivi ces trajectoires ne se différencient sur aucun des facteurs de risque biologiques et environnementaux évalués au T1 (non montrés en

tableau). Par contre, ils se distinguent sur l'âge moyen au T1 ( $F= 5,38$ ;  $d.l.= 3/37$ ;  $p= 0,004$ ) : les enfants de la trajectoire 2, c'est-à-dire ceux qui n'avaient pas de retard intellectuel initialement mais qui en ont développé, étaient nettement plus jeunes au T1.

Le tableau 2 montre les quatre trajectoires évolutives en lien avec les services que les enfants et leur famille ont reçus des CJ au cours des 24 premiers mois de la prise en charge. La trajectoire 3, c'est-à-

dire celle où les enfants ont recouvré leur retard entre les deux temps de mesure, est associée au suivi familial le plus intensif ( $khi^2 = 12,19$ ;  $d.l. = 3$ ;  $p = 0,007$ ), c'est-à-dire au moins aux deux semaines. On peut observer un tel suivi dans 100% des cas, alors qu'il caractérise le tiers ou moins des familles dans les autres trajectoires. Par ailleurs, les trajectoires évolutives des retards ne sont pas statistiquement associées au placement prolongé de l'enfant en famille d'accueil.

## **DISCUSSION ET CONCLUSION**

La portion longitudinale de l'étude suggère que le risque de déficience intellectuelle est toujours très élevé dans l'échantillon, le quart des enfants rencontrant maintenant le premier critère de l'AAMR pour une déficience intellectuelle. Les résultats suggèrent aussi que les trajectoires évolutives des retards sont partiellement liées à l'intensité des services externes des CJ. En fait, les familles d'enfants dont les retards se sont résorbés ont toutes bénéficié de services intensifs. Par contre, 75 % des familles d'enfants dont les retards intellectuels se sont maintenus ou accentués n'ont pas eu un tel suivi. La relation entre l'intensité des suivis et l'évolution des retards semble toutefois modulée par l'âge des enfants au début de la prise en charge. En effet, les enfants sans retard au T1 et

qui ont développé un retard en l'absence de suivi intensif sont les plus jeunes de l'échantillon. Un tel résultat pourrait indiquer que ces enfants ont continué d'être exposés aux effets négatifs des facteurs de risque présents dans leur environnement (O'Connor *et al.*, 2000). L'étude suggère enfin que le placement en milieu familial substitut n'est pas relié à la résorption des retards. Nous ne disposons pas d'information sur la qualité de la stimulation offerte dans ces milieux substituts, ce qui pourrait expliquer en partie les résultats obtenus.

Le faible nombre de participants au T2 limite la puissance statistique nécessaire à l'observation de différences entre les groupes. De plus, nous n'avons utilisé qu'une version abrégée de tests d'intelligence pour estimer les retards intellectuels, ce qui ne peut se substituer à une évaluation de la déficience intellectuelle. D'autres études doivent bien évidemment être menées auprès de cette clientèle pour mieux comprendre le rôle des services des CJ dans la prévention de la déficience intellectuelle. Il demeure toutefois essentiel de sensibiliser les intervenants des CJ aux facteurs de risque et de promouvoir l'utilisation d'outils standardisés pour détecter la présence de retard chez les enfants. Nos résultats militent en faveur d'une intervention soutenue et à long terme auprès des familles et de l'instauration d'une veille développementale.

## **RÉFÉRENCES**

- BAYLEY, N. (1993) *Bayley scales of infant development, Second Edition*, San Antonio, The Psychological Corporation/Harcourt Brace & Co.
- BLACK, M.M., HESS, C.R. & BERENSON-HOWARD, J. (2000) Toddlers from low-income families have below normal mental, motor, and behavior scores on the revised Bayley scales. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 21, 655-666.
- DÉRY, M. & PAUZÉ, R. (2001) Retards de développement et situation familiale des plus jeunes clientèles de Centres jeunesse. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 12 (numéro spécial), 69.
- DÉRY, M., PAUZÉ, R. & TOUPIN, J. (2002) Les retards de développement mental chez les jeunes clientèles (0-3 ans) des Centres jeunesse du Québec: prévalence, situation familiale et services reçus. *Revue Internationale de l'Éducation Familiale*, 6, 65-83.
- DUNCAN, G.J. & ROOKS-GUNN, J. (2000) Family poverty, welfare reform, and child development. *Child Development*, 71, 188-196.
- JOURDAN-IONESCU, C. & PALACIO-QUINTIN, E. (1997) Effets de la maltraitance sur les jeunes enfants et nouvelles perspectives d'intervention. *Psychologie Française*, 42, 217-228.
- LUCKASSON, R., BORTHWICK-DUFFY, S., BUNTINX, W.H.E., COULTER, D.L. *ET AL.*, (2002) *Mental Retardation: Definition, classification and systems of supports (10<sup>e</sup> Édition)*. Washington (DC): AAMR.
- O'CONNOR, T.G., RUTTER, M., BECKETT, L., KEAVENEY, L. & KREPPNER, J.M. (2000) The effects of global severe privation on cognitive competence: extension and longitudinal follow-up. *Child Development*, 71, 376-390.
- PAUZÉ, R., DÉRY, M. & TOUPIN, J. (1995) Analyse critique des études portant sur les caractéristiques familiales et personnelles des jeunes placés en

milieu substitut. *Revue Canadienne de Psycho-Éducation*, 24, 1-15. PAUZÉ, R., TOUPIN, J., DÉRY, M., MERCIER, H., CYR, M., CYR, F. & FRAPPIER, J.-Y. (2000) *Portrait des jeunes inscrits à la prise en charge des Centres jeunesse du Québec et description des services reçus au cours des premiers mois*. Rapport de recherche. Ottawa, Santé Canada. PERRY, B.D. (2002) Childhood experience and the expression of genetic potential : What childhood neglect tell us about nature and nurture. *Brain and Mind*, 3, 79-100. SLATTER, J.M. (1992) *Assessment of children, Revised and updated third edition*, San Diego, J.M. Slatter Publisher. WECHSLER, D. (1989) *Wechsler preschool and primary scale of intelligence revised*. San Antonio : The Psychological Corporation/Harcourt Brace & Co. WECHSLER, D. (2000) *Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants, troisième édition. Adaptation canadienne française*. Toronto: The Psychological Corporation/Harcourt Canada.