

Chantal Junker-Tschopp, Lea Gutzwiller Pevida, Estelle Terradillos Mettraux et Sophie Fournier Del Priore

Prématurité: la réponse d'une intervention précoce en psychomotricité

Résumé

À l'âge scolaire, des difficultés sensorimotrices, cognitives et sociales sont relevées chez près de 40 % d'enfants nés prématurés. Véritable terrain de fragilité, la prématurité contraint souvent l'enfant à se construire selon des schémas tonico-moteurs différents dont l'impact est lisible très tôt dans le développement. Cet article explore comment une prise-en-charge précoce en psychomotricité vient soutenir ces bébés. À Fribourg, l'Association 1,2,3 Petits Pas propose de les accompagner dans une cohérence globale de développement afin de limiter l'expression de ces troubles en devenir.

Zusammenfassung

Bei nahezu 40 % der zu früh geborenen Kinder werden im Schulalter sensomotorische, kognitive und soziale Schwierigkeiten festgestellt. Eine Frühgeburt zwingt die Kinder oft, andere tonisch-motorische Muster zu entwickeln, deren Auswirkungen sehr früh in der Entwicklung erkennbar sind. Dieser Artikel zeigt auf, wie die frühzeitige psychomotorische Förderung diese Babys in ihrer Entwicklung unterstützt. Die Vereinigung 1,2,3 Petits Pas in Freiburg bietet eine Begleitung an, die möglichen Störungen entgegenwirken soll.

Alors que les portes de néonatalogie se ferment, soulagement et excitation s'invitent régulièrement. Excitation d'un nouveau départ pour ce bébé né beaucoup trop tôt et qui a déjà plusieurs semaines de vie. Soulagement que finisse cette traversée périlleuse des premiers jours où tempêtes et incertitudes furent si nombreuses. Depuis 25 ans, les avancées dans les soins intensifs périnataux ont transformé le paysage de la prématurité en réduisant les risques tant de mortalité que de comorbidités. À leur sortie de l'hôpital, 41 % des enfants nés à 24 semaines de gestation (SG), contre 65 % à 26 SG et 91 % à 30 SG seront médicalement reconnus libres de toute séquelle (Ancel & Goffinet, 2015).

Ce certificat de bonne santé ne permet pas à toutes les familles de tourner définitivement la page de cette naissance chahutée. Près de 40 % de ces bébés que la médecine a pourtant estampillés comme sains d'un point de vue neurologique et psychomoteur, verront leur scolarité puis leur de-

venir adulte impactés par des difficultés sensorimotrices, cognitives, psychiques et/ou sociales (Larroque, 2004; Tessier & Nadeau, 2003). L'école sera souvent le révélateur de ces troubles dont la fréquence se révèle de trois à cinq fois plus élevée que pour une population née à terme (Torchin, Ancel, Jarreau, & Goffinet, 2015). Au-delà des statistiques, c'est le quotidien des enseignants d'observer ces enfants buter sur les apprentissages. C'est aussi le vécu des psychomotriciens, logopédistes et psychologues scolaires de voir arriver en consultation nombre d'enfants dont l'anamnèse révèle un parcours de prématurité.

Julie: histoire classique d'une enfant née prématurée

Bien que son entrée à l'école ait été différée d'une année, Julie (nom d'emprunt), cinq ans et demi, rencontre de nombreuses difficultés en classe. Ses parents consultent en psychomotricité à la demande de son enseignante.

Julie est née prématurée à 31 SG. Un contrôle de routine met soudain en évidence une souffrance fœtale qui nécessite une césarienne d'urgence. Elle reste hospitalisée dix semaines dont cinq en couveuse. Ses poumons sont suffisamment matures pour gérer seuls sa respiration. Cependant, son parcours hospitalier révèle une hémorragie cérébrale localisée qui ne laissera aucune séquelle apparente. À sa sortie de l'hôpital, le bilan neuro-pédiatrique certifie de son bon état de santé et de développement. En raison de sa prématurité, l'enfant est suivie par une neuropédiatre tous les six mois jusqu'à ses quatre ans. Les parents s'étonnent ainsi de devoir s'adresser à une psychomotricienne.

Le bilan psychomoteur met en évidence des difficultés toniques majeures sur un tonus de fond assez bas. D'importantes mises en tension accompagnent tout mouvement, plus particulièrement dans les segments corporels non concernés par l'action. Lorsque Julie effectue des gestes courants, comme sauter ou dessiner, son corps tout comme son visage se contractent. Cette tension s'observe jusque dans sa voix qui semble extraite avec force de sa gorge, comme si elle s'y trouvait coincée. Il apparaît que même pour parler, la fillette peine à recruter son tonus.

Dans les activités qui nécessitent de l'équilibre, Julie se retrouve également en grande difficulté. Le simple fait de marcher mobilise une large base de sustentation. Seule, elle ne peut marcher sur un petit banc, en descendre ou monter des espaliers. Afin de compenser ses pertes d'équilibre, Julie est continuellement à la recherche d'appuis extérieurs. Ainsi la posture ne tient que peu de temps avant de s'affaler sur la table ou contre le dossier de sa chaise. La petite fille adopte aussi des postures compliquées dont le verrouillage

lui assure tant le recrutement tonique que les appuis corporels pour tenir.

L'organisation des gestes dans le temps et dans l'espace est complexe pour l'enfant. Lorsqu'elle souhaite monter sur un plot pour s'y déplacer à quatre pattes, elle se trouve rapidement dans une impasse. Elle a certes un projet mais ne sait comment s'y prendre pour le mener à bien. Totalement bloquée, elle aura besoin d'aide pour décomposer la séquence des mouvements à réaliser et savoir comment mettre en forme son propre corps.

Dans tous ses gestes, une grande énergie et une forte concentration sont mobilisées pour un résultat souvent peu valorisant. Pourtant, malgré sa fatigabilité indéniable, elle persévère et souhaite poursuivre afin de réussir. Le bilan montre également que Julie a de très bonnes capacités cognitives. Elle a un excellent niveau de langage, un bon raisonnement et une bonne mémoire. Cependant, les dimensions temporelles tout comme l'organisation de l'espace laissent transparaître les difficultés observées au niveau des praxies. Et il lui est difficile d'extraire des informations pertinentes d'un contexte pluriel.

Alors que cette petite fille présente des qualités cognitives indéniables, ce potentiel pourrait ne pas pleinement s'exprimer en raison de ses difficultés dans l'organisation tonico-motrice, temporelle et spatiale. En effet, tenir une posture tout autant que planifier et réaliser un mouvement sont extrêmement coûteux pour cette enfant. Se pose la question de comment elle pourra se projeter dans les apprentissages scolaires à venir qui nécessitent simultanément de s'asseoir à une table et d'écrire, de gérer son mouvement dans le temps et l'espace, d'écrire tout en gérant sens et orthographe, finalement de maîtriser des consignes complexes ou des double tâches.

Un tableau de difficultés récurrent

Le parcours de Julie raconte le vécu de nombreux enfants nés prématurés. Ces difficultés évoluent en sourdine pendant toute la petite enfance et ne deviennent évidentes que vers cinq - sept ans lorsque l'école impose ses contraintes spatiales (précision de la trace, planification) et sociales (rester assis à sa place, attendre son tour, tenir compte d'autrui). Ce sont ainsi les enseignants qui identifient en premier ces enfants au profil similaire sans forcément connaître leurs conditions de naissance. Lorsque ces difficultés sont enfin reconnues et nommées, elles relèvent régulièrement des troubles de la coordination (TAC) et de l'univers des dys- (dyspraxie, dyslexie, dyscalculie, dysorthographe, troubles dysexécutifs) tout comme celui des troubles de l'attention et de l'hyperactivité.

Le tableau que signe la prématurité raconte ainsi des spécificités qui pénalisent sur le long terme ces enfants nés beaucoup trop tôt (Mellier, 2017). Mais au-delà de ces différences, le syndrome de l'ancien prématuré pourrait témoigner de notre compréhension encore très partielle des processus en jeu ainsi que de notre difficulté à pleinement soutenir ces enfants dans leur développement. Car si ces différences sont parfois pensées comme une traduction directe, nécessaire et définitive de la prématurité, l'importance de les comprendre dans une perspective développementale s'impose de plus en plus. La prématurité constitue un terrain de fragilité, non une perspective en soi.

La prématurité, un terrain de fragilité

Un bébé qui naît prématuré, est prématuré sur l'ensemble de ses fonctions dont en particulier le tonus. La très grande immaturité tonique qui caractérise tous ces enfants, ne leur permet pas de se mobiliser dans une

motricité corporelle globale, véritable toile de fond au devenir psychomoteur. Car l'hypotonie ne fait pas que ralentir le développement posturo-moteur, elle oblige l'enfant à se construire selon des schémas différents (Junker-Tschopp, 2015 ; Junker-Tschopp, Terradillos Mettraux, Fournier Del Priore, & Gutzwiller Pevida, 2018).

L'hypotonie ne fait pas que ralentir le développement posturo-moteur, elle oblige l'enfant à se construire selon des schémas différents.

Dès leur naissance, ces bébés se retrouvent dans un terrain de très grande fragilité développementale. Ecrasés par la pesanteur, ils restent comme scotchés au sol. Bouger nécessite une énergie que ces tout petits ne parviennent que difficilement à mobiliser. Le mouvement se révèle ainsi plus coûteux que sur un tonus de base ajusté. Si les schémas d'hyperextension permettent de s'extraire de cette gluante inertie, ils imposent à la motricité un caractère figé et rigide (Hadders-Algra, 2010). Mais surtout, le mouvement s'organise différemment dans la temporalité et la spatialité du corps, un cadre de référence qui sera ultérieurement transposé au niveau de la représentation du temps et de l'espace.

Il ressort que le corps n'est que peu vécu dans sa globalité et l'absence des transferts d'appui latéraux ne permet pas de construire un équilibre stable et représenté. La posture est tenue en privilégiant des schémas d'hyperextension, une respiration pneumatique, une maximisation des appuis (p.ex. posture assise en W) ou un verrouillage postural. Ces stratégies permettent certes de se stabiliser mais pénalisent la construction posturo-motrice sur le long

terme. Ceci se traduit ultérieurement par des postures qui restent oscillantes et peu stables avec un équilibre vite menacé lorsqu'il est mis sous tension. On observe alors des enfants soit tourbillonnant sans cesse, incapables de s'immobiliser sous peine de s'effondrer toniquement, soit en adhérence, en recherche inlassable d'appuis (sol, murs, objets, regard de l'autre), l'extérieur offrant la stabilité posturale qui ne peut se construire sur le plan de la représentation.

Les difficultés sont donc lisibles très tôt, bien avant que l'école ne serve de révélateur.

De plus, la qualité de ce tonus atténue toute sensation proprioceptive au niveau des muscles comme si le corps était sourd à lui-même. Alors que ces bébés s'engagent dans un mouvement, des mises en forme privilégiant des schémas d'extension les font soudain exister dans une tension extrême et souvent douloureuse. Les espaces de modulation tonique sont ainsi réduits, limitant les sensations corporelles à une dichotomie du tout ou rien, du chuchotement proprioceptif à la douleur, du silence à l'explosion émotionnelle. Se trouvent ainsi engagés tous les ressentis corporels qui sont à la base même du processus de représentation (Junker-Tschopp, 2017).

Ces expériences corporelles qui se répétèrent des milliers de fois au fil des jours, impriment leur signature sur la globalité du développement dont, en particulier, la maturation du cerveau. Ainsi, le papillonnage moteur si caractéristique à nombre d'enfants nés prématurés résonne sur la mise en mouvement de la pensée qui, excessivement labile, peine à se centrer et se structurer. Se trouve posé le terreau même des troubles de l'attention et de l'hyperactivité.

Finalement, la grande immaturité tonique liée à la prématurité colore la rencontre avec l'autre, en particulier celle des tout premiers liens. Les parents s'avèrent régulièrement désemparés dans la lecture du mouvement que présente leur bébé et peinent à comprendre ses besoins. L'étayage parental se trouve alors à son tour fragilisé. De même en est-il dans l'intimité du portage. L'hypotonie induit la sensation que ces enfants « coulent de partout » et que rien, tant sur le plan du corps que du sujet, ne semble tenir. À l'école, ces enfants seront régulièrement étiquetés de brusques alors même que le freinage du geste et l'ancrage du corps dans une posture stable peuvent leur faire défaut. Car pour interagir harmonieusement, il faut pouvoir s'appuyer sur un point d'appui corporel interne stable et représenté.

Accompagner l'enfant dans son développement psychomoteur : l'Association 1,2,3 Petits Pas

Notre pratique psychomotrice en milieu scolaire ainsi qu'au sein de la petite enfance nous a convaincues que les difficultés rencontrées par ces enfants relèvent des conditions particulières dans lesquelles ils sont nés et se sont construits. Évidentes vers cinq – six ans, elles s'installent progressivement et s'inscrivent dans le développement psychomoteur du tout petit. Ces difficultés sont donc lisibles très tôt, bien avant que l'école ne serve de révélateur.

La prématurité et plus particulièrement l'immaturité tonique qui lui est liée, imposent à l'enfant des chemins développementaux différents à moins qu'il ne puisse bénéficier d'appuis environnementaux, sociaux ou thérapeutiques suffisants pour soutenir sa construction. Accompagner l'enfant dans son développement psycho-

moteur pourrait atténuer, voire supprimer, ces troubles en devenir. C'est le pari lancé par l'Association 1,2,3 Petits Pas.

Cette association fribourgeoise offre à ces enfants un suivi en psychomotricité sur les deux premières années de vie. La thérapie les invite à se construire en mobilisant des schémas tonico-moteurs attendus tout en soutenant l'instrumentation de leurs sensations. Un travail spécifique est proposé sur la mobilisation globale et contenante du corps, les mises en forme posturales (flexion, rassemblement, ATNP¹), la motricité guidée ainsi que les sensations. Des situations ludiques sont ainsi offertes dans une cohérence sensorielle et émotionnelle.

Quant aux parents, ils sont amenés à s'impliquer corporellement dans la séance. Cela est essentiel pour que l'enfant puisse s'appuyer au quotidien sur les nouveaux patterns tonico-moteurs appris en thérapie. L'enjeu est également d'informer, de soutenir et de mettre en sens les besoins spécifiques de leur enfant. Les initier au dialogue tonico-émotionnel vient finalement revisiter la rencontre parent-enfant afin d'en dessiner certains contours mis à mal dans les premières semaines de vie.



Figure 1 : Se construire en percevant mieux les limites de son corps

Notre expérience clinique : plaidoyer pour une thérapie psychomotrice précoce

De par la globalité de son approche, la psychomotricité s'inscrit plus particulièrement dans la pertinence d'une intervention précoce. En thérapie, l'enfant peut vivre et intégrer une grande diversité d'expériences sensorimotrices et émotionnelles. Il apprend à recruter son tonus, à bouger son corps et à se déplacer selon des schémas tonico-moteurs appropriés. La répétition de ces expériences optimise cette intégration sur le plan de la représentation. Finement modulé, le recrutement tonique peut se mettre au service d'une posture représentée ou de mouvements spatialement adressés.



Figure 2 : Améliorer la qualité et la précision de ses gestes en apprenant à mieux réguler son tonus

¹ ATNP, acronyme en anglais de « Asymmetric Tonic Neck Posture », renvoie à une posture s'organisant sur une asymétrie tonique entre les deux hémicorps en fonction de l'orientation de la tête. À l'origine issue du réflexe tonique asymétrique du cou, elle se caractérise par un recrutement tonique plus important dans l'hémicorps vers lequel la tête est tournée alors que l'autre hémicorps offre un appui à la posture et au mouvement. Cette mise-en-forme posturale particulièrement stable permet d'offrir une assise au regard, d'améliorer la motricité fine de la main, de favoriser les coordinations visuo-motrices et de libérer la respiration de ses contraintes posturales. Elle vient donc soutenir l'exploration, la fluidité des gestes et la précision des adresses.

Émerge progressivement une plus grande harmonie des conduites au fur et à mesure que s'estompent des schémas développementaux délétères sur le long terme. La difficulté à organiser temporellement et spatialement le corps qui se manifeste de façon récurrente chez ces enfants tend à disparaître. Cette évolution positive permet d'éloigner le spectre d'une désorganisation cognitivo-motrice de l'univers des dys-

Grâce à l'élaboration de ses sensations, l'enfant sent son corps de façon plus claire et plus marquée, ce qui lui permet de construire des représentations corporelles aussi riches que stables. Il peut alors se poser dans sa posture, véritable point d'appui au mouvement et à la pensée. La construction de cette assise permet d'atténuer d'autant le risque d'une hyperactivité.



Figure 3 : Les flux visuels, tactiles et vestibulaires permettent à l'enfant de se sentir exister dans toute la globalité et l'unité de son corps

La cohérence de ces premières expériences psychomotrices offre à l'enfant d'exister dans une unité, une globalité du corps qui participent à l'élaboration psychique du sujet et de son intégrité. Cette articulation si subtile entre motricité et psychisme sert donc d'étayage à l'organisation cognitive et relationnelle qui se met progressivement en place. Cet accompagnement vient aussi

soutenir les parents dans la rencontre avec leur enfant, la cohérence et la prise de sens des expériences sensorimotrices venant porter la relation.

Finalement, ressort avec évidence tout le plaisir qu'à l'enfant de grandir, d'explorer et de se construire.



Figure 4 : Avec le soutien tant du thérapeute que de son parent, l'enfant part à la découverte du monde qui l'entoure

En conclusion

Si la prématurité constitue un réel terrain de fragilité, les difficultés que rencontrent nombre d'enfants nés prématurés ne sont pas une fatalité. Prises dans une perspective développementale, elles sont étonnamment lisibles dans les premiers mois de vie. L'intervention psychomotrice précoce prend alors tout son sens. Offrir à ces enfants un cadre corporel structurant ainsi que des expériences sensorimotrices et émotionnelles riches et variées ne peuvent que l'aider dans un développement qui se tisse chaque jour. Cet accompagnement cible spécifiquement ces difficultés qui évoluent à bas bruit. En témoigne notre expérience clinique au sein de l'Association fribourgeoise 1,2,3 Petits Pas. La portée réelle de cet accompagnement sera à lire dans le devenir de ces enfants, certains de nos petits patients ayant déjà rejoint les bancs de l'école.

Références

- Ancel, P.Y., & Goffinet, F. (2015). Survival and morbidity of preterm children born at 22 through 34 weeks' gestation in France in 2011. *JAMA Pediatrics*, 169(3), 230-238. doi:10.1001/jamapediatrics.2014.3351
- Hadders-Algra, M. (2010). Variation and Variability: Key Words in Human Motor Development. *Physical Therapy*, 90(12), 1823-1837.
- Junker-Tschopp, C. (2015). Du schéma corporel au psychisme: la psychomotricité auprès des enfants nés prématurément. In F. Lejeune et E. Gentaz (Eds). *L'enfant prématuré: développement neurocognitif et affectif*. Paris: Odile Jacob.
- Junker-Tschopp, C. (2017). Psychomotricité et neurosciences: la place du corps dans la représentation. *Revue suisse de pédagogie spécialisée*, 4, 40-46.
- Junker-Tschopp, C., Terradillos Mettraux, E., Fournier Del Priore, S., & Gutzwiller Pevida, L. (en cours de parution). L'immaturation tonique liée à la prématurité comme terrain de fragilité développementale: la réponse d'un accompagnement psychomoteur précoce. ANAE, Numéro spécial coordonné par Lejeune F et Gentaz E: L'enfant prématuré: développement neurocognitif et méthodes d'intervention.
- Larroque, B. (2004). Les troubles du développement des enfants nés grands prématurés mesurés à l'âge scolaire. *Revue de la littérature. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 33, 475-486.
- Mellier, D. (2017). Le développement de l'enfant prématuré. In R. Miljkovitch, F. Morange-Majoux & E. Sander (Eds.). *Psychologie du développement* (pp. 327-338). Paris: Elsevier Masson.
- Tessier, R., & Nadeau, L. (2003). Relations sociales entre enfants à l'âge scolaire: effet de la prématurité et de la déficience motrice. *Enfance*, 55(1), 48-55.
- Torchin, H., Ancel, P.Y., Jarreau, P.H., & Goffinet, F. (2015). The risk of motor or cognitive impairment is 2 to 3 times higher among children born between 34 and 36 weeks than among children born full-term. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 44(8), 723-731.



*Prof. Chantal Junker-Tschopp
HETS, Filière Psychomotricité
28, rue Prévost-Martin
CH-1211 Genève 4
chantal.junker-tschopp@hesge.ch*



*Lea Gutzwiller Pevida
Thérapeute en psychomotricité
diplômée CDIP
1,2,3, Petits Pas, av. de Beauregard 9
CH-1700 Fribourg
lea.gutzwiller@fr.educanet2.ch*



*Estelle Terradillos Mettraux
Thérapeute en psychomotricité
diplômée CDIP
1,2,3, Petits Pas, av. de Beauregard 9
CH-1700 Fribourg
estelle@terradillos.ch*



*Sophie Fournier Del Priore
Thérapeute en psychomotricité
diplômée CDIP
1,2,3, Petits Pas, av. de Beauregard 9
CH-1700 Fribourg
sophie.fournier@fr.educanet2.ch*