



Prématurité et impact sur le développement psychosocial et émotif des enfants

PHYLLIS ZELKOWITZ, Ed. D.

Université McGill, CANADA

(Publication sur Internet le 14 mai 2004)

(Révisé le 23 octobre 2006)

Thème

Prématurité

Introduction

Une naissance prématurée est une naissance qui se produit avant la 37^e semaine de grossesse. Les naissances prématurées à risque élevé se produisent à 32 semaines de gestation ou avant, et les bébés sont de poids inférieurs à 1 500 g. Les bébés de très faible poids de naissance (TFPN, <1 500 g), qui représentent environ 10 % des naissances vivantes au Canada, peuvent avoir besoin d'être traités dans des unités de soins néonataux intensifs pendant près de trois mois.

Sujet

Bien que les taux de mortalité des bébés TFPN aient diminué, on se préoccupe de plus en plus de leur taux de morbidité à long terme. Une petite proportion (10 à 20 %) d'entre eux naissent avec de graves handicaps développementaux comme la cécité, la paralysie cérébrale ou un QI appartenant à l'échelle de la déficience. Un grand nombre de ces bébés présente des déficits plus subtils, comme des handicaps d'apprentissage et des problèmes de comportement. En effet, les enfants TFPN manifestent une variété de problèmes de comportement, comme un déficit de l'attention, de l'hyperactivité, de la timidité et un retrait excessif et des problèmes sociaux.¹⁻³ Une étude a découvert qu'à l'âge de 6 ans, 22 % des bébés de petit poids présentaient au moins un trouble psychiatrique, le trouble déficitaire de l'attention et le trouble anxieux étant les plus courants.⁴ En fait, les enfants TFPN ont deux fois plus de risques de développer un trouble déficitaire de l'attention.

Problèmes

Les bébés TFPN sont médicalement fragiles et peuvent souffrir de plusieurs complications, y compris du syndrome de détresse respiratoire, d'hémorragie intraventriculaire (saignements dans le cerveau) et de rétinopathie du prématuré (croissance anormale des vaisseaux sanguins de l'œil). Ils continuent souvent à subir des problèmes de santé physique qui peuvent nécessiter de fréquentes visites médicales et de nouvelles hospitalisations pendant les premières années de leur vie. Ceci peut limiter leur

participation aux activités scolaires régulières, ce qui peut ensuite affecter le développement d'habiletés sociales. Ces bébés peuvent aussi être des partenaires d'interactions difficiles pour les parents à cause de leur fragilité, de leur irritabilité et de leur manque de sensibilité à leur environnement social. Beaucoup de parents ressentent une détresse émotive à la suite de la naissance d'un bébé TFPN, ce qui peut affecter le comportement de parentage. L'anxiété maternelle évaluée pendant l'hospitalisation du nourrisson à l'USNI a été associée à des comportements de parentage moins efficaces au début de la vie du nourrisson et quand il atteint l'âge préscolaire.⁵

Les soucis continuels des parents à propos des risques de problèmes médicaux et développementaux du bébé prématuré peuvent refléter le « syndrome de l'enfant vulnérable ».⁶ Ce syndrome peut être associé à un comportement de parentage moins efficace comme la surprotection, l'anxiété maternelle de séparation et l'incapacité à imposer des limites ainsi que des problèmes de comportement chez l'enfant, par exemple, un retrait social, des plaintes somatiques et des conduites agressives et destructrices.

Contexte de la recherche

Les répercussions développementales chez les bébés TFPN sont mieux comprises comme étant une interaction entre la vulnérabilité biologique et les facteurs environnementaux tels que le statut socioéconomique, les attitudes parentales et le comportement. Les bébés prématurés peuvent être particulièrement sensibles aux influences environnementales parce que l'impact des facteurs environnementaux sur le comportement du bébé est souvent plus élevé chez les bébés prématurés que chez ceux nés à terme. En conséquence, il est essentiel de prendre en compte les facteurs de risques médicaux et psychosociaux pour évaluer les risques de résultats anormaux chez les bébés TFPN.

Les chercheurs qui étudient les répercussions développementales chez les bébés TFPN sont encore confrontés à de nombreux défis. En effet, les avancées continuelles de la technologie médicale ont entraîné la survie de bébés plus petits et plus malades, rendant difficile la comparaison des enfants de différentes époques. De plus, les études qui démontrent les différences entre les bébés TFPN et ceux dont le poids de naissance est normal ont peu éclairci les processus qui conduisent à de tels écarts.

Questions clés pour la recherche

Nous avons identifié trois directions pour la recherche future :

- 1) l'impact de la naissance prématurée sur le cerveau en développement
- 2) les facteurs qui favorisent ou empêchent le développement de relations parent-enfant satisfaisantes
- 3) les interventions précoces avec les parents et leurs bébés TFPN

Résultats récents de la recherche

Les études d'imagerie par résonance magnétique ont montré des réductions du volume du cerveau chez les enfants prématurés⁷ comparés à ceux nés à terme. Les volumes de cerveau plus petits sont associés à des résultats cognitifs inférieurs et à un nombre de cas plus élevé du trouble déficitaire de l'attention. En se basant sur des modèles animaux, Bhutta et Anand⁸ ont suggéré que les complications néonatales chez les bébés TFPN

(comme le manque d'oxygène au cerveau et la septicité) pouvaient résulter en une mort neuronale, ce qui peut affecter le développement comportemental. Les signes neurologiques légers sont associés à des symptômes d'internalisation comme l'anxiété, la dépression et le retrait chez les enfants nés avant terme.⁹ La réceptivité maternelle (qui comprend le fait d'être consciente des signaux du bébé et d'y être sensible) est associée à des compétences sociales et intellectuelles plus élevées chez les bébés TFPN pendant l'enfance.¹⁰ En revanche, un comportement parental contrôlant ou restrictif est associé à des compétences sociales et à un développement cognitif moindres chez les enfants TFPN à l'âge de 3 ans.¹¹ Des recherches récentes indiquent aussi que des facteurs comme la détresse maternelle et le manque de soutien social affectent la capacité des mères à être sensibles et réceptives dans leur parentage,¹ ce qui peut être à l'origine de la relation entre la détresse maternelle et les problèmes sociaux et émotifs des enfants TFPN.^{12,13}

Les interventions auprès des bébés prématurés et de leurs parents sont passées du ciblage d'un facteur de risque particulier (comme le besoin de stimulation sensorielle additionnelle) à la prestation d'un ensemble complet de services (comprenant le suivi médical, l'éducation des parents et les soins aux bébés en établissement).¹⁴ De récents efforts ont porté sur la promotion de la compétence maternelle et sur l'amélioration de la relation mère-nourrisson. Par exemple, on a découvert que Kangaroo Care, qui encourage le contact mère-nourrisson peau contre peau, augmente la sensibilité parentale et réduit les comportements intrusifs.¹⁵ Les chercheurs ont montré que les interventions thérapeutiques visant à réduire la détresse maternelle apportaient certains bienfaits¹⁶, mais elles n'ont pas subi d'essais aléatoires contrôlés.

Conclusions

Étant donné que les bébés TFPN sont plus à risque de difficultés d'apprentissage et de comportement que ceux nés à terme, il est important d'étudier la façon dont les facteurs de risque psychosociaux et biologiques peuvent affecter les résultats de l'enfant. On peut utiliser des techniques sophistiquées d'imagerie pour en apprendre davantage sur les impacts de la prématurité sur le développement du cerveau et les procédures médicales consécutives que les bébés doivent subir dans les unités de soins néonataux intensifs. Les longs séjours hospitaliers requis par la plupart des bébés TFPN et la séparation d'avec les parents peuvent rendre ces derniers anxieux concernant la santé de l'enfant et incertains quant à leur capacité de s'occuper de leur bébé fragile. Le développement de l'autorégulation des bébés TFPN peut être retardé ou diminué parce qu'ils sont des partenaires d'interaction difficiles. Leurs réponses à la stimulation sociale et leurs signaux comportementaux sont plus faibles que ceux observés chez les bébés nés à terme. En conséquence, les personnes qui prennent soin de ces bébés peuvent avoir de plus grandes difficultés à être sensibles envers eux. Bien que les bébés TFPN puissent présenter un défi et être des partenaires d'interaction insatisfaisants, les comportements parentaux sensibles peuvent produire d'importants bienfaits.

Implications pour les politiques et pour les services

Les enfants prématurés qui manifestent des déficits cognitifs et des problèmes de comportement mettent à l'épreuve les ressources physiques, émotives et financières de leur famille. De plus, ces enfants peuvent commencer l'école sans posséder les habiletés

PRÉMATURITÉ

sociales et cognitives adéquates et donc imposer un énorme fardeau aux services sociaux et d'éducation. En conséquence, si l'on veut planifier des interventions appropriées pour les enfants TFPN, il faut effectuer un dépistage précoce et préciser les déterminants de leurs compétences sociales et scolaires futures. En identifiant les facteurs associés à des répercussions développementales sous optimales (comme l'anxiété parentale ou le manque de soutien social), il serait possible de sensibiliser les professionnels de la santé et de l'éducation aux circonstances qui peuvent aider ou empêcher les parents de donner des soins sensibles et réceptifs aux bébés TFPN. Les interventions préventives qui commencent dans la tendre enfance et qui ciblent le bien-être des parents ainsi que l'amélioration des habiletés de parentage sont probablement les approches les plus utiles pour assurer des répercussions développementales optimales à l'avenir.

RÉFÉRENCES

1. Assel MA, Landry SH, Swank PR, Steelman L, Miller-Loncar C, Smith KE. How do mothers' childrearing histories, stress and parenting affect children's behavioural outcomes? *Child: Care, Health & Development* 2002;28(5):359-368.
2. Schothorst P, van Engeland H. Long-term behavioral sequelae of prematurity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychology* 1996;35(2):175-183.
3. Taylor HG, Klein N, Minich NM, Hack M. Middle-school-age outcomes in children with very low birthweight. *Child Development* 2000;71(6):1495-1511.
4. Whitaker AH, Van Rossem R, Feldman JF, Schonfeld IS, Pinto-Martin JA, Torre C, Shaffer D, Paneth N. Psychiatric outcomes in low-birth-weight children at age 6 years: Relation to neonatal cranial ultrasound abnormalities. *Archives of General Psychiatry* 1997;54(9):847-856.
5. Zelkowitz P, Papageorgiou A. Maternal anxiety: An emerging prognostic factor in neonatology. *Acta Paediatrica* 2005;94(12):1704-1705.
6. Perrin EC, West PD, Culley BS. Is my child normal yet? Correlates of vulnerability. *Pediatrics* 1989;83(3):355-363.
7. Peterson BS, Vohr B, Staib LH, Cannistraci CJ, Dolberg A, Schneider KC, Katz KH, Westerveld M, Sparrow S, Anderson AW, Duncan CC, Makuch RW, Gore JC, Ment LR. Regional brain volume abnormalities and long-term cognitive outcome in preterm infants. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 2000;284(15):1939-1947.
8. Bhutta AT, Anand KJS. Abnormal cognition and behavior in preterm neonates linked to smaller brain volumes. *Trends in Neurosciences* 2001;24(3):129-130.
9. Breslau N, Chilcoat HD, Johnson EO, Andreski P, Lucia VC. Neurologic soft signs and low birthweight: Their association and neuropsychiatric implications. *Biological Psychiatry* 2000;47(1):71-79.
10. Landry SH, Smith KE, Swank PR, Assel MA, Vellet S. Does early responsive parenting have a special importance for children's development or is consistency across early childhood necessary? *Developmental Psychology* 2001;37(3):387-403.
11. Landry SH, Smith KE, Miller-Loncar CL, Swank PR. Predicting cognitive-language and social growth curves from early maternal behaviors in children at varying degrees of biological risk. *Developmental Psychology* 1997;33(3):1040-1053.
12. Miceli PJ, Goeke-Morey MC, Whitman TL, Kolberg KS, Miller-Loncar C, White RD. Birth status, medical complications, and social environment: Individual differences in development of preterm, very low birth weight infants. *Journal of Pediatric Psychology* 2000;25(5):353-358.
13. Zelkowitz P, Bardin C, Papageorgiou A. Maternal anxiety and behavior in NICU and impact on development in infants born < 1500g (VLBW). *Pediatric Research* 2003;53(suppl S, pt 2):2248.
14. Hernandez-Reif M, Field T. Preterm infants benefit from early interventions. In: Fitzgerald HE, Osofsky JD, eds. *Handbook of infant mental health*. New York, NY: Wiley; 2000:455-484.

15. Feldman R, Weller A, Sirota L, Eidelman AI. Testing a family intervention hypothesis: The contribution of mother-infant skin-to-skin contact (Kangaroo care) to family interaction, proximity, and touch. *Journal of Family Psychology* 2003;17(1):94-107.
16. Jotzo M, Poets CF. Helping parents cope with the trauma of premature birth: An evaluation of a trauma-preventive psychological intervention. *Pediatrics* 2005;115(4):915-919.

Pour citer ce document :

Zelkowitz P. Prématurité et impact sur le développement psychosocial et émotif des enfants. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2006:1-6. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/ZelkowitzFRxp_rev.pdf. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2004-2006