

**Journées des soignants 2022, Paris- 6-7 octobre 2022**

## **Méthode mère kangourou et unités mobiles favorisent la sortie précoce des nouveau-nés prématurés**

*Par Dr Roseline Péluchon, JIM.fr (Journal International de Médecine), invitée par Laboratoire Gallia*

La méthode mère kangourou (MMK) a été lancée en Colombie en 1978. Elle y est maintenant implantée dans toutes les unités néonatales et pratiquée aussi en ambulatoire, dans le cadre de sorties précoces. Elle consiste en un contact peau-à-peau permanent entre la mère (et/ou un proche) et l'enfant prématuré, associé à une nutrition maternelle exclusive et à une sortie précoce à domicile dans la position kangourou.

Fondatrice et directrice de la Fondation Kangourou, Nathalie Charpak a fait le voyage de Colombie où elle exerce, pour exposer son expérience de la méthode Kangourou au cours de la journée des soignants 2022.

Chaque année dans le monde, 15 millions d'enfants naissent prématurément, et 1 millions d'entre eux décèdent. Les taux de naissances prématurées varient selon les régions du monde (de 5 % en Europe du Nord à 18 % en Afrique subsaharienne et en Asie), mais globalement, la prématurité représente 10 % des naissances et plus de 50 % de la mortalité néonatale et infantile.

### **Une famille présente est un droit pour l'enfant**

N. Charpak rappelle que le cerveau du nouveau-né prématuré est immature et vulnérable. Son développement doit faire partie des préoccupations majeures des soignants et toutes les interventions doivent tendre à créer un environnement qui le stimule sensoriellement et le protège. De plus en plus d'éléments indiquent que la MMK, en particulier la position kangourou, peut fournir cet environnement protecteur.

Dans les services de néonatalogie où l'on se préoccupe de sa santé physique, le prématuré est privé de l'environnement protecteur et du contact avec la mère. Il est exposé au stress et à la douleur. De leur côté, les parents sont spectateurs de cette souffrance sans oser intervenir, ils sont dépendants de l'équipe soignante.

Pour N. Charpak, la présence de la famille auprès du prématuré est un devoir pour la famille et un droit pour l'enfant. Les avantages physiologiques et socio-émotionnels du contact physique entre les parents et leur nouveau-né vulnérable sont incontestables. La participation des parents aux soins doit être le « nouveau paradigme de l'unité néonatale amie des bébés ». Inversement, la séparation rompt avec un modèle de comportement qui garantit le bon développement de l'enfant.

Avec le « zéro séparation », les parents deviennent les principaux soignants de leur enfant.

### **Parents et enfant en contact étroit permanent**

Tous les prématurés et tous les petits poids de naissance sont candidats à la MMK, si leurs signes vitaux et autres paramètres physiologiques sont normaux en position kangourou. La MKK peut être initiée avec les premiers soins à la naissance, lorsque cela est possible. Notons que l'enfant se stabilise mieux, avec moins de stress, en MMK.

La méthode se met en place selon une progression logique, après l'information des parents :

- 1) **Position kangourou ou contact peau à peau**, en intermittent ou continu, en salle d'accouchement ou dans l'unité néo-natale.
- 2) Alimentation basée sur **l'allaitement maternel**.
- 3) **Apprentissage de la mère et de la famille**, avec l'adaptation journalière à la position et à la nutrition kangourou.
- 4) **Sortie à domicile en position kangourou**, avec suivi dans une structure programme kangourou en ambulatoire et/ou visites à domicile quotidiennes jusqu'à 40 semaines d'âge corrigé.

Débuter la position kangourou le plus tôt possible permet à la maman de créer les conditions de l'attachement.

En pratique, le nouveau-né est placé en position verticale, en contact peau à peau avec le thorax de sa mère ou de son père, bras et jambes repliés de chaque côté du corps (position en grenouille), la tête tournée latéralement. Il porte un bonnet et une couche. Maintenu par une bande de lycra, il est laissé ainsi 24 h

sur 24 et 7 j sur 7 jusqu'à ce qu'il régule sa température. Les parents choisissent les personnes de leur environnement qui pourront les relayer.

### **Des bienfaits démontrés**

Le contact peau à peau accélère la régulation thermique du nouveau-né prématuré, sa stabilisation physiologique, et réduit ses douleurs. Depuis 1999, des évidences scientifiques montrent les bienfaits de la MMK, en termes de stabilisation de la température, de prise de poids et de durée de l'allaitement maternel.<sup>(1)</sup> Elle favorise la stimulation permanente du système neurosensoriel et améliore la maturation cérébrale mesurée sur l'ECG.<sup>(2)(3)</sup> La MMK a un effet protecteur à long terme contre les déficits cognitifs et les difficultés scolaires et sociales. Une revue systématique de plusieurs essais randomisés a montré que la MMK réduit la mortalité néonatale chez les bébés stables.<sup>(4)</sup>

### **La préparation du retour à domicile**

Le retour à domicile en position kangourou doit être préparé. Les parents sont entraînés au portage, l'allaitement est expliqué (extraction manuelle du lait, administration à la cuiller ou au compte-gouttes, alimentation directe au sein). Il est nécessaire de détailler les signes d'alarme (notamment d'hypoglycémie), les précautions à prendre et également de permettre aux parents de manifester leurs inquiétudes.

N. Charpak estime que la famille, une fois formée, doit être reconnue comme experte pour administrer les soins à son enfant prématuré et que son autonomie doit être acceptée.

La position kangourou permettant une meilleure régulation thermique pour le bébé et une observation directe par celui qui le porte, la démedicalisation peut intervenir plus tôt que quand il est en couveuse. En Colombie, l'enfant est considéré comme éligible à la sortie, indépendamment de son poids et de l'âge gestationnel, quand :

- Il régule sa température en position Kangourou.
- Il a terminé son traitement (sauf oxygène à bas débit < 0,5 l/mn).
- Il a réussi son adaptation kangourou à l'hôpital : l'allaitement fonctionne, la mère sait tirer son lait, l'éducation de la mère est acquise, la mère et l'enfant disposent d'un bon soutien familial et social, l'enfant a une bonne coordination entre succion, déglutition et respiration, la prise de poids est régulière.
- Il existe un programme Kangourou pouvant assurer un suivi kangourou jusqu'à au moins 40 semaines d'âge gestationnel.

- La famille s'engage à participer au suivi (père, grand-mère, etc.).

Le suivi ambulatoire est quotidien au début, jusqu'à ce que le gain de poids soit de 15 g/kg/j. Il devient ensuite hebdomadaire jusqu'à 40 semaines d'âge gestationnel, puis il peut être espacé.

La nutrition est basée sur le lait maternel, enrichie et complémentée si nécessaire. Des mesures anti-reflux, et des vitamines (A, D, E, K) sont données jusqu'à 40 semaines d'âge gestationnel. A 28 jours de vie (et/ou 32-33 semaines), un dépistage ophtalmologique est réalisé, et une échographie cérébrale est systématique pour tous les nourrissons non dépistés pendant l'hospitalisation. Un dépistage des troubles auditifs est fait à 40 semaines d'âge gestationnel. Puis, jusqu'à l'âge de 1 an, l'enfant bénéficie de 5 évaluations neurologiques et 2 à 3 évaluations du comportement psychomoteur.

Une ligne téléphonique est à la disposition des parents en permanence.

La position kangourou est maintenue à la maison jusqu'à ce que le bébé lui-même la refuse.

Les résultats sont au rendez-vous, et les données montrent un taux de ré-hospitalisations de 11 % jusqu'à 40 semaines d'âge corrigé et de 24 % entre 40 semaines et 1 an. <sup>(1)</sup>

### **L'expérience toulousaine**

Après l'expérience colombienne, une équipe toulousaine présente une expérience de développement de la prise en charge à domicile du nouveau-né prématuré, avec des équipes mobiles de néonatalogie.

L'idée vient de différents constats : importance de l'environnement et des parents pour le nouveau-né prématuré, durée des hospitalisations, souvent prolongées du fait du temps nécessaire pour instaurer un allaitement efficace, difficultés des familles à rentrer à domicile après une longue hospitalisation. Enfin, le manque de lits en néonatalogie incite à réduire les durées d'hospitalisation.

La prise en charge à domicile est centrée sur la famille, elle permet la non-séparation et le soutien du lien, le soutien de l'oralité et de l'allaitement maternel.

Le projet élaboré au CHU de Toulouse était prévu initialement pour les seuls prématurés rencontrant des difficultés alimentaires. D'autres enfants ont ensuite été inclus, nouveau-nés à risque, ictères, sous antibiothérapie IV, etc.

Les parents doivent être d'accord pour cette prise en charge alternative. Elle comprend le passage quotidien d'une puéricultrice, un point quotidien de l'équipe et une permanence des soins. Des réunions de coordination au sein des équipes sont prévues. Le matériel est mis à disposition par le service.

A Toulouse, l'unité de suivi à domicile s'apparente à une hospitalisation à domicile et est adossée à l'unité de néonatalogie. Elle a accueilli environ 3 600 enfants entre mai 2008 et octobre 2022.

Les prématurés sont éligibles à partir d'un poids d'1,7 kilo, d'un âge post-natal minimum de 1 semaine pour les moins de 35 SA et de 3 jours pour les plus de 35 SA. La température doit être stabilisée, ainsi que l'état cardio-respiratoire. L'alimentation entérale doit être exclusive avec une période d'apprentissage des tétées et observation par un professionnel.

Les données recueillies montrent un meilleur développement sur le score parental ASQ à 24 mois, une diminution de la durée de l'hospitalisation conventionnelle (9 jours en moyenne), une augmentation de la fréquence de l'allaitement maternel (à la sortie et à 6 mois) et une diminution du risque de ré-hospitalisation à 1 an.

D'autres structures sont ouvertes en France, selon différents modèles. En avril 2022, un décret a validé un projet expérimental sur 3 ans, d'unités mobiles issues de la néonatalogie.

Dr Roseline Péluchon



### ***Journées des soignants 2022 – SOSPréma – Paris- 6-7 octobre 2022***

*Nathalie Charpak : Soins kangourou et neuro-développement*

*Nathalie Charpak : Sortie précoce : la méthode Mère Kangourou en Colombie*

*Nathalie Montjoux : Une fenêtre sur l'avenir : les équipes mobiles*

(1) Charpak N. et al. Twenty-year Follow-up of Kangaroo Mother Care Versus Traditional Care. *Pediatrics*. 2017 Jan;139(1):e20162063.

- (2) Charpak N. Kangaroo mother care had a protective effect on the volume of brain structures in young adults born preterm. *Acta Paediatr.* 2022 May;111(5):1004-1014
- (3) Ropars S. The long-term effects of the Kangaroo Mother Care intervention on cognitive functioning: Results from a longitudinal study. *Dev Neuropsychol.* 2018 Jan;43(1):82-91.
- (4) Guo W. Evaluation of the impact of kangaroo mother care on neonatal mortality and hospitalization: A meta-analysis. *Adv Clin Exp Med.* 2022 Oct 17.