

LA MÉTHODE MÈRE KANGOUROU

Un outil merveilleux pour le bien-être de l'enfant prématuré et de sa famille

Nathalie Charpak

ERES | Spirale

2006/1 - no 37
pages 97 à 106

ISSN 1278-4699

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-spirale-2006-1-page-97.htm>

Pour citer cet article :

Charpak Nathalie, « La méthode mère kangourou » Un outil merveilleux pour le bien-être de l'enfant prématuré et de sa famille,
Spirale, 2006/1 no 37, p. 97-106. DOI : 10.3917/spi.037.106

Distribution électronique Cairn.info pour ERES.

© ERES. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La méthode mère kangourou

Un outil merveilleux pour le bien-être
de l'enfant prématuré et de sa famille

Nathalie Charpak

Angelica a aujourd'hui vingt-trois jours de vie, elle pèse 1750 g, a trente-six semaines d'âge gestationnel et est encore dépendante en permanence de 1/8 de litre d'oxygène. Vous pourriez me dire que Angelica est une petite prématurée comme beaucoup d'autres mais non ! Angelica vit avec ses parents depuis presque quinze jours dans sa maison, avec sa petite sœur Ana de 8 ans et son papa. Ana est d'ailleurs très fière car elle aide sa maman à porter Angelica en position kangourou quand celle-ci a besoin de temps pour se doucher ou pour faire la cuisine. Bien sûr sa maman a toujours un œil vigilant sur elle, assise dans un fauteuil, immobile comme une statue, avec sa minuscule petite sœur Angelica posée directement contre sa peau, maintenue avec une bande de coton élastique à la taille de Ana et dormant profondément après avoir été alimentée directement au sein par sa maman. La vie d'Angelica, le bébé kangourou, est une vie de prématurée colombienne, où l'enfant fragile, indépendamment de son poids de naissance et/ou de son âge gestationnel, est renvoyé à la maison aux soins de sa famille, mais seulement après que l'entraînement kangourou dans l'hôpital a montré que non seulement les parents se sentaient compétents pour reprendre leur enfant à la maison en suivant la KMC (Kangaroo Mother Care) mais que le bébé avait parfaitement toléré les sessions d'entraînement, était resté stable en oxygénation et fréquence cardiaque, et avait augmenté de poids dans son incubateur en recevant le lait de sa mère. La dépendance de l'oxygène n'a pas été

Nathalie Charpak, pédiatre, directeur de la fondation Kangourou, Bogota, Colombie.

Elisabeth la jalouse, Franz Brandenburg-Aliki,
Flammarion





considérée comme un obstacle et Angelica le reçoit par l'intermédiaire d'une fine canule nasale qui est changée chaque semaine. Cette histoire n'est pas un conte de fées ni une plaisanterie mais est bien réelle et raconte la vie de milliers de prématurés et d'enfants de petit poids de naissance qui profitent à l'heure actuelle de cette méthode kangourou, qu'ils soient de pays riches, en voie de développement ou pauvres.

Introduction

Cinq millions d'enfants meurent chaque année dans le monde en période néonatale et, dans un tiers des cas, ces morts sont en relation avec la prématurité et/ou le petit poids de naissance (PPN).

La méthode mère kangourou (MMK) est une excellente alternative de soins pour l'enfant prématuré ou de petit poids de naissance, mais seulement si certaines règles sont respectées. Elle permet une utilisation rationnelle des ressources humaines et technologiques disponibles, en particulier quand elles sont insuffisantes dans les pays en voie de développement. Elle permet aussi :

- de diminuer la surcharge du service quand la demande dépasse l'offre ;
- de diminuer le taux d'infection nosocomiale et, par conséquent, la morbi-mortalité néonatale ;
- d'établir un suivi du haut risque biologique pour ces enfants qui le méritent. La vision globale du suivi régulier de l'enfant doit détecter à temps et essayer de corriger les déviations dans les développements neuro-psychomoteur et sensoriel avant que ne s'établissent des séquelles irréparables (rétinopathie de la prématurité, paralysie cérébrale, problèmes de réfraction et diminution de l'audition) ;
- de rendre aux parents de ces enfants fragiles le sentiment et la sécurité d'être les plus compétents et les plus responsables pour sortir d'affaire leur enfant ;
- de favoriser l'alimentation maternelle non seulement chez ces enfants plus fragiles, mais également chez tous les enfants hospitalisés dans le service de néonatalogie par l'enseignement collectif donné dans le service ;

*Cinq millions
d'enfants meurent
chaque année dans le
monde en période
néonatale.*

- de favoriser un contrôle nutritionnel strict, spécialement jusqu'à l'âge de 40 semaines post-conceptionnelles, amenant l'enfant prématuré et/ou de petit poids, à cette date, à un état le plus proche possible de celui d'un nouveau-né à terme, lui donnant ainsi les outils pour se développer le plus sainement possible ;
- de favoriser le travail en équipe multidisciplinaire qui rend plus humaine et plus efficace la prise en charge de cet enfant à risque qu'est l'enfant kangourou.

La MMK est très particulière car c'est une technique née dans un pays du Sud, en Colombie, qui a essaimé, ces vingt dernières années, dans tous les pays, indépendamment de leur niveau de développement et sous différentes modalités. Elle est actuellement utilisée comme un moyen d'humaniser la haute technologie et est devenue un sujet de recherche en sciences fondamentales dans les pays développés (physiologie, neurophysiologie, psychologie, endocrinologie...)

Humanisation de la néonatalogie *

L'arrivée du nouveau millénaire est un bon prétexte pour prendre de la distance, et pour évaluer nos actions et la façon dont nos projets se sont développés. En ce qui nous concerne, notre projet principal est le soin à l'enfant de petit poids de naissance. La technologie a connu une explosion exponentielle depuis le début du siècle. Dans ces cent dernières années, le rôle du médecin est passé de celui de témoin impuissant devant le défi pour la survie de l'enfant malade et de sa mère, à l'acquisition progressive de la connaissance permettant de comprendre et de modifier, avec un succès chaque fois plus important, la physiologie immature et altérée du nouveau-né. Quelque part sur ce chemin, les professionnels de santé, au nom de la science et de la technologie toutes-puissantes, ont écarté physiquement et émotionnellement les parents de leur enfant

* Cf. N. Charpak, J.G. Ruizand, Zita Figueroa, « Humanizing neonatal care », *Acta Paediatrica*, 89, 501-12, 2000.



malade. Les nouveau-nés ont été isolés progressivement dans un environnement, chaque fois plus étranger, voire hostile, et tout ceci, bien sûr, dans un but altruiste, pensant uniquement au bien-être de l'enfant.

Les merveilles du xx^e siècle ne se sont pas répandues de manière identique dans le monde. L'amélioration de la qualité de vie est clairement concentrée dans les pays appelés industriels avec un changement faible dans les pays en voie de développement. Il a été estimé que 90 % des enfants de petit poids de naissance naissent dans les pays les moins développés alors qu'en contraste, 90 % des investissements dans les soins de l'enfant de haut risque biologique sont effectués dans les pays développés.

L'enfant fragile ou malade a l'air d'être condamné à un étrange destin dans les sociétés économiquement favorisées et regorgeant de richesses : pour assurer ses meilleures chances de survie, il est isolé dans un environnement de haute technicité médicale mais inhumain, séparé de ses parents. Des objections sur des aspects biomédicaux mettent des œillères devant le simple bon sens, arrivant parfois à des extrêmes difficiles à croire. Les actes douloureux, comme les ponctions ou prises de sang, ont été longtemps effectués en routine, sans aucun respect pour l'expérience cauchemardesque que cela devait être pour l'enfant sans défense.

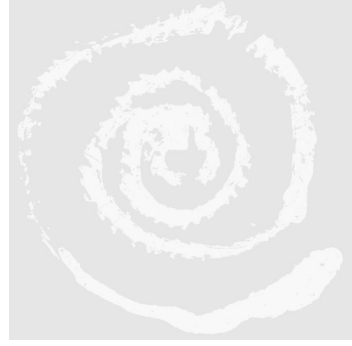
La régulation thermique, la prévention de l'infection, le monitoring des fonctions vitales et le support aux fonctions physiologiques ont imposé à l'enfant d'être immergé dans un environnement bruyant, douloureusement lumineux et agressif.

Le destin de l'enfant prématuré et/ou malade est encore plus curieux dans les pays en voie de développement. L'accès à la technologie sophistiquée et coûteuse n'est pas ouvert à tous et est insuffisant. Dans beaucoup d'unités néonatales, il n'y pas assez de bons équipements, et les ressources humaines sont insuffisantes. Ainsi, le risque de tomber dans le piège mortel est accru : incubateurs et moniteurs défectueux, services surpeuplés, infections nosocomiales fréquentes... Les enfants fragiles des pays en voie de développement ne profitent pas vraiment des moyens techniques qui pourraient leur être utiles car ceux-ci sont rarement disponibles.

Par contre, l'ombre de la « déshumanisation » des soins médicaux, qui est restée liée à l'amélioration de la technologie, sans que l'on sache pourquoi, est très présente et étend ses tentacules sur ces services, alors que persiste l'insuffisance de matériel humain et technique.



Un papa kangourou suédois



Il est urgent de sauver ce qu'il y a de meilleur dans ces deux mondes. Les nouveau-nés, indépendamment de leur lieu de naissance, devraient avoir le droit de profiter de la meilleure qualité de soins, d'un point de

vue non seulement biomédical et technologique mais également psychologique, humain et affectif.

Dans beaucoup de centres et à de nombreuses reprises, des professionnels de santé et des scientifiques ont lancé un appel pour une humanisation des soins donnés à l'enfant et à sa famille. Pierre Budin, dans *The Nursing* (1907), défend la participation de la mère dans les soins de l'enfant malade hospitalisé. Miller, en 1948, réalisait des soins à domicile pour les enfants prématurés de Newcastle-on-Tine. Klaus et Kennel, entre autres, ont souligné l'importance du contact physique et affectif entre la mère et l'enfant immédiatement après la naissance dans l'établissement d'une relation saine et solide.

La prise de conscience de la souffrance du nouveau-né est relativement récente, de même que le recours à une analgésie et/ou une sédation lors de gestes douloureux, et encore pas partout, malheureusement !

Dans les pays en voie de développement, des efforts ont été réalisés pour trouver des alternatives à la carence en matériel adéquat. Par exemple, Edgar Rey à Bogota, Colombie (1978), développa ce qui sera universellement connu comme la « technique des mères kangourou », pour pallier le manque d'incubateurs et éviter la séparation mère-enfant, dans la maternité qu'il dirigeait.

Contact peau à peau prolongé, alimentation maternelle et sortie précoce constituaient les principes de cette méthode, qui responsabilise les mères en leur rendant leur statut de meilleurs donneurs de soins pour leur enfant fragile. Son travail pionnier a été amélioré et développé par



d'autres, et maintenant, la technique mère kangourou, sous ses différentes modalités, est utilisée de façon similaire par les pays développés et en voie de développement.

D'autres interventions comme le *Human Neonatal Care* sont comme la MMK des exemples de recherche pour l'humanisation de la néonatalogie. Ces alternatives ont été d'abord développées dans des pays dont l'accès à des soins néonataux optimum est limité. Mais ce ne sont pas des alternatives pour « les pauvres ». Elles apportent aux soins du nouveau-né des « plus » émotionnellement adaptés, plus humains et physiologiquement intéressants. Ce ne sont pas simplement des interventions médicales mais l'introduction d'un ensemble de valeurs humaines, renforcées par la connaissance scientifique, dans les soins de haute technologie donnés au plus jeune être de notre espèce. Ces différentes interventions ne vont pas contre la technologie et ne sont pas une alternative, sauf dans des situations d'extrême urgence. Ce sont des alliés, des outils, dont l'utilisation et la dissémination sont faites par des professionnels de la santé bien formés scientifiquement et qui reconnaissent la valeur immense des unités « high tech » néonatales dans la survie et la qualité de survie des nouveau-nés.

Qu'est-ce que la méthode des mères kangourou (MMK) ?

En bref, une fois adapté à la vie extra-utérine, l'enfant prématuré commence, à l'hôpital, un entraînement avec sa mère, pour la préparation à sa sortie précoce en position kangourou et avec une alimentation maternelle. Une fois la sortie autorisée, il rejoint le domicile familial, reste en contact peau à peau direct 24 heures sur 24 contre sa mère (ou son père, ou un autre membre de la famille), est alimenté selon un horaire strict et doit se rendre à la consultation de suivi de façon impérative et régulière. Lors de cette consultation, est détectée l'apparition d'anomalies du développement psychomoteur, ou de la vision, ou de l'audition, ou de la croissance somatique. La prise en charge de ces troubles est ainsi plus rapide et adaptée, afin d'éviter l'apparition de séquelles irréparables. Tous les professionnels qui sont passés en stage dans le programme ont reçu une formation spécifique du suivi de l'enfant à haut risque au moins jusqu'à



l'âge corrigé de 1 an. L'idéal serait de suivre ces enfants au moins jusqu'à l'âge scolaire pour détecter les handicaps mineurs dus à la prématurité, qui peuvent être la source d'échecs scolaires quand ils ne sont pas reconnus à temps.



Un être humain minuscule



Un regard tendre et inquiet



Position kangourou



Alimenter le bébé prématuré



Alimenter les jumeaux



La consultation de suivi



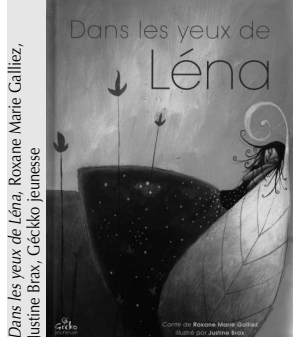
Ce maniement ambulatoire avec de l'oxygène comme le reçoit Angela est un peu particulier à la Colombie, où la méthode mère kangourou a été créée en 1978 (Dr Rey Sanabria [†] à l'Institut Materno Infantil), est une routine acceptée par la plupart des pédiatres et utilisée depuis plus de vingt ans.

La technique kangourou est astreignante, elle représente une charge de travail et un investissement en temps importants pour la mère et pour la famille, qui effraient parfois les professionnels de la santé. Angelica pesait 1390 g quand elle est entrée dans le programme kangourou ambulatoire et ses parents sont venus au début tous les jours à la consultation pour être sûrs que les soins de Angelica à la maison étaient adéquats. Il faut avouer que Angelica a été le parfait bébé kangourou et qu'après quatre jours de consultation quotidienne, celles-ci sont devenues hebdomadaires ; Angelica approchait de la date du terme à la fin du mois de février. Nous attendions tous cette date facilement assimilable pour les parents d'Angelica. La KMC ne dure jamais très longtemps, au maximum de six à huit semaines !

Il existe pour nous différents scénarios d'application de la technique Kangourou :

1. *La technique kangourou comme alternative à l'élevage.* Appliquée de cette manière, la technique kangourou permet une meilleure utilisation des ressources humaines et techniques disponibles, qui existent mais en quantité insuffisante, et favorise une relation plus précoce entre la mère et l'enfant de PPN. C'est cette modalité d'application originale que nous allons décrire plus en détail, telle qu'elle est utilisée à Bogota et telle qu'elle peut être reproduite dans des pays en voie de développement ayant la même infrastructure.

2. *La technique kangourou utilisée dans des lieux où il n'y a aucune alternative.* Situation très différente où la mère est utilisée à la fois comme source de chaleur et d'alimentation pour un enfant malade. Un certain nombre de problèmes éthiques doivent être résolus dans cette modalité d'application. L'hypothermie étant la cause principale de mortalité des PPN dans les pays où plus de 80 % des accouchements ont lieu dans la communauté de vie, la MMC semble la meilleure solution et probablement la seule chance de survie pour tous les enfants hypotrophiques et prématurés nés dans cette situation. Mais le grand prématuré, que le professionnel de santé ne reconnaîtra difficilement et seulement que par son poids, ne sera pas capable de « succionner ». Ce nouveau-né ne survivra proba-



blement que grâce à la MMK mais après avoir présenté une hypoglycémie sévère, qui peut lui détruire le cerveau. C'est pour cette raison qu'il vaut mieux encourager la création de centres kangourou dans les grandes institutions publiques de ces pays, de façon à les responsabiliser pour la diffusion systématique dans leurs centres de santé primaires et éventuellement dans les communautés. Ce sont eux qui décideront de cette dernière modalité.

3. La technique kangourou dans les pays développés ne peut qu'être intrahospitalière dans un premier temps. Elle permet, en effet, une humanisation de la néonatalogie, un rapprochement mère-enfant et rend à la mère son droit à être non seulement la meilleure mais aussi la plus responsable des soins donnés à son enfant, une fois que celui-ci s'est adapté à la vie extra-utérine et qu'elle s'en sent capable après un bon entraînement.

Conclusion

C'est notre responsabilité en tant que professionnels de la santé de réfléchir au choc émotif de cette mère séparée de son enfant à la naissance, qui se sent coupable de n'avoir pu le porter et le protéger jusqu'à la fin de sa grossesse, qui le voit tout petit et sans défense dans une cage en plastique, plein de tubes et souffrant, sans qu'elle puisse l'aider et partager avec lui sa douleur. La méthode kangourou est un traitement non seulement de cette séparation initiale parfois nécessaire quand l'enfant est malade mais également un traitement de l'immaturité de l'enfant prématuré : il restera en position kangourou 24 heures sur 24 et sa température sera aussi stable que s'il était resté dans un incubateur, le risque d'apnées et de reflux gastro-œsophagien sera diminué du fait de la position verticale et l'enfant demandera de lui-même la sortie de la position kangourou, en suant et protestant une fois sa régulation thermique acquise physiologiquement. Il sera alimenté très régulièrement dès que sa succion et déglutition seront adéquates, avec le lait de sa mère, aliment le plus approprié à sa fragilité et à ses besoins, et il sera suivi périodiquement dans une consultation où sa maman et son papa pourront échanger leurs impressions et leurs difficultés de parents kangourou. Les médecins kangourou pourront également vérifier la qualité de sa croissance et son état

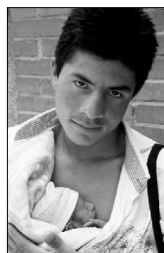


général. Même si l'implantation d'un programme kangourou a un coût, celui-ci est bien inférieur au coût total des soins de cet enfant pour l'hôpital et pour la famille, ce qui n'est pas négligeable !

Plus de vingt-cinq pays sont venus apprendre la MMK à Bogota, avec l'appui de la Fondation Kangourou et de diverses ONG, et ont monté ensuite un programme kangourou adapté aux spécificités locales de leur institution et de leur pays, permettant ainsi à des milliers de bébés prématurés d'éviter l'hypothermie, l'hypoglycémie, l'infection intra-hospitalière, l'alimentation avec du lait artificiel (souvent due à la séparation avec leur mère) qui sont encore le lot de la plupart de ces enfants dans le monde. Parfois la méthode kangourou a été utilisée comme alternative à pas de technologie du tout dans certaines institutions très démunies, mais c'est une utilisation temporaire qui ne doit pas empêcher la lutte pour l'amélioration des soins de ces enfants fragiles et l'acquisition d'un minimum de technologie nécessaire à des soins corrects. Les règles kangourou de l'OMS éditées en 2003 aident à la correcte implantation d'un programme kangourou dans les institutions de pays pauvres et très pauvres ¹.

Mais la technique mère kangourou n'est pas seulement l'alternative du pauvre, comme le montre la diffusion de certains composants de la technique tels le contact peau à peau et l'administration de lait maternel dans les unités de haute technologie des pays riches, où elle représente l'humanisation de la technologie et la promotion du lait maternel.

Toutes les mères du monde devraient avoir le droit de profiter de ce plaisir de participer directement aux soins et de retrouver ainsi leur rôle de responsable du futur de leur enfant fragile comme leur offre la MMK.



1. www.who.int/reproductive-health/publications/kmc/kmctext.pdf