

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	1
PRMIERE PARTIE : LA REVUE DE LA LITTERATURE	2
1-Les prématurés.....	2
1-1-Définitions.....	2
1-2-Etiologies des prématurités	2
1-3-Aspects	3
2-Les nouveau- nés de faible poids	3
2-1-Définition	3
2-2- Etiologies.....	3
3-Les conséquences des naissances prématurées et des hypotrophes.....	4
3-1-La température	4
3-2-La sensibilité aux infections.....	5
3-3-La respiration	5
3-4-Le cœur.....	5
3-5-Un ictère	5
3-6-Les besoins énergétiques.....	5
4-La Méthode Kangourou.....	6
4-1-Définition	6
4-2-Historique.....	6
4-3-Principes	7
4-4-Objectifs	7
4-5-Critère de sélection.....	7
4-6- Avantages	9
4-7-Echec	10
4-8-Technique	11
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	30
1- Objectif de l'étude.....	30
1-1-Objectif général	30
1-2- Objectifs spécifiques	30
2- Cadre d'étude.....	30
2-1- Présentation :	30

2-2- Profil du personnel :	31
3- Le service kangourou.....	32
4- Méthodologie.....	33
4-1- Méthode.....	33
4-2- Matériels d'étude.....	33
5- Résultats.....	35
5-1- Habitudes du service : Situation générale	35
5-2- Caractéristiques des nouveau-nés	37
TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS	30
1-Commentaires.....	52
1-1- Structure du service.....	52
1-2- Concernant la situation générale	53
1-3- Niveau socio-économique	54
1-4- Age gestationnel.....	54
1-5- Gain de poids.....	55
1-6- Paramètres vitaux	56
1-7- Bien être	56
1-8- L'alimentation	57
1-9- Séjour hospitalier	58
1-10- Issue des bébés « Kangourou »	58
1-11- Maniement ambulatoire	58
2-Suggestions.....	59
2-1- Enonces du problème	59
2-2- Suggestions	60
2-3- Participation du père et de la famille.....	60
2-4- Soutien aux familles.....	61
2-5- Dotation de matériels	61
2-6- Formation du personnel de santé.....	61
2-7- Création de nouvelle salle d'hospitalisation	62
2-8- Régionalisation des soins kangourou	62
CONCLUSION.....	64
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
WEBOGRAPHIES	

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau 1 : Aide de la mère à positionner le nouveau-né	15
Tableau 2 : Alimentation du nouveau-né en position kangourou	18
Tableau 3 : Manière d'insérer la sonde	20
Tableau 4 : Quantité de lait nécessaire quotidiennement selon le poids et l'âge.	21
Tableau 5 : Quantité approximative de lait maternel nécessaire par période d'alimentation selon poids de naissance et l'âge.	21
Tableau 6 : Prise de la température du nouveau-nés.....	22
Tableau 7 : Conduite à tenir devant une crise d'apnée	23
Tableau 8 : Les signes du danger	24
Tableau 9 : Gains de poids adéquats pour les divers âges post-menstruels	25
Tableau 10 : Récapitulation du suivi médical	28
Tableau 11 : Indice d'Apgar	38
Tableau 12 : Répartition mensuelle des accouchements par voie basse	39
Tableau 13 : Indications des césariennes	41
Tableau 14 : Répartition des nouveau-nés décédés selon les poids et les mois.....	43
Tableau 15 : Poids des nouveau-nés hospitalisés.....	43
Tableau 16 : Poids à l'entrée des nouveau-nés à l'unité « Kangourou »	44
Tableau 17 : Répartition des nouveau-nés selon le niveau socio-économique.....	45
Tableau 18 : Répartition des nouveau-nés selon l'âge gestationnel	46
Tableau 19 : Répartition des nouveau-nés selon la prise de poids.....	47
Tableau 20 : Répartition des nouveau-nés selon la température.....	48
Tableau 21 : SCORE de Silvermann	49
Tableau 22 : Répartition des nouveau-nés selon le séjour hospitalier	50

LISTE DES FIGURES

N° D'ORDRE	INTITULE	PAGES
Figure 1 :	Les nouveau-nés et le niveau socio-économique de leurs parents.	45
Figure 2 :	Les nouveau-nés et leur âge gestationnel	46
Figure 3 :	Les nouveau-nés et la prise de poids par jour.....	47

LISTE DES SCHEMAS

N° D'ORDRE	INTITULE	PAGES
	Schéma 1 : Poches porteuses pour nouveau-né kangourou	13
	Schéma 2 : Vêtements du bébé kangourou	14
	Schéma 3 : Allaitement au sein dans le cadre des soins « Kangourou »	19

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

Acct	: Accouchement
Apgar	: Aspect Pouls Grimasse cri Activité tonus Respiration
ATU	: Accueil, Triage et Urgence
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CO	: Cordon Ombilical
FM	: Fœto-maternel
HRP	: Hématome Retro Placentaire
HTA	: Hypertension Artérielle
Nné	: Nouveau-né
OC	: Opération Césarienne
OCA	: Opération Césarienne Antérieure
PP	: Placenta Prævia
Prè-Ecl	: Pré-Eclampsie
RCIU	: Retard de Croissance Intra Utérin
S.A.	: Semaine d'aménorrhée
SFA	: Souffrance Fœtal Aigue
SNC	: Système Nerveux Central
VME	: Version par Manœuvre Externe
VIH	: Virus d'Immunodéficience Humaine
VMI	: Version par Manœuvre Interne
AMIU	: Aspiration Manuelle Intra-utérine
GOB	: service de Gynécologie et d'Obstétrique de Befelatanana
FP	: Fente Palatine
IEC	: Information Education Communication
%	: Pourcentage
<	: Inférieur
>	: Supérieur

INTRODUCTION

Le prématuré, bébé né après une gestation égale ou inférieure à trente sept semaines d'aménorrhées quel que soit le poids de naissance et le nouveau né de poids inférieur 2000 g peuvent bénéficier actuellement de la technique kangourou méthode naturelle issue du bon sens.

Depuis leur mise en application les techniques modernes de réanimation néonatale ont permis la prise en charge des nouveau-nés de plus en plus petits **(1)**

Les améliorations obtenues dans la survie des nouveau-nés de poids de naissance extrêmement faible créent actuellement une réelle émulation parmi le personnel de santé travaillant dans le service de néonatalogie

La technique kangourou présente l'intérêt de remplacer l'incubateur par une source humaine de chaleur et d'alimentation : la mère

L'objectif de notre travail est d'étudier les aspects de l'évolution clinique dans une population des nouveau-nés prématurés et hypotrophes.

Il comprend trois parties distinctes

- La première est consacrée à la revue de la littérature
- La deuxième est axée sur l'étude proprement dite
- La troisième est destinée aux commentaires et aux suggestions

Une conclusion générale clôturera l'étude

PREMIERE PARTIE : LA REVUE DE LA LITTERATURE

PREMIERE PARTIE : LA REVUE DE LA LITTERATURE

1-Les prématurés

1-1-Définitions

1-1-1-L'accouchement prématuré (2)

C'est l'accouchement qui se produit entre les vingt deuxièmes semaines d'aménorrhées et les trente septième semaines d'aménorrhées (22ème-37ème S.A.)

1-1-2-Le nouveau né prématuré (3)

C'est le bébé né après une gestation égale ou inférieure à trente sept semaines d'aménorrhées quel que soit le poids de naissance

1-2-Etiologies des prématurités (4)

1-2-1-Conditions socio-économiques défavorables

- Jeune âge de la mère
- grande multiparité
- bas niveaux de vie

1-2-2-Facteurs obstétricaux

- Grossesse multiple (gémellaire)
- Béance cervico-isthmique
- Malformation utérine (duplication utérine)
- Antécédents de prématurité
- Hémorragie au cours de la grossesse

1-2-3-Infections et parasitoses

- Accès palustre
- Infections cervico vaginales
- Infections urinaires

1-2-4-Facteurs généraux

Hypertension artérielle

Diabète

Incompatibilité fœto-maternelle

1-3-Aspects (5)

Le prématuré n'est pas un nouveau-né en miniature; sa morphologie et ses proportions sont différentes.

La tête est grosse, la peau est fine, le pannicule adipeux réduit.

Les œdèmes sont fréquents.

La tête et l'abdomen sont plus développés que le thorax

Le cou est long et la tête repose sur le côté

Les nodules mammaires ne sont pas palpables

Les plantes des pieds sont lisses et sans plis

Les mouvements spontanés sont saccadés, généralisés et asymétriques

La peau est fine, mince, rougeâtre, translucide, les ongles sont mous et ne dépassent pas l'extrémité des doigts

Il existe des poils de lanugo (duvet à poils longs) à la face et sur les épaules

2-Les nouveau- nés de faible poids (6) (7)

2-1-Définition

Le nouveau né de faible poids est un nouveau-né prématuré et/ou un nouveau-né qui a un retard de croissance intra-utérine principalement pondéral mais aussi statural, parfois psychomoteur avec retentissement nutritionnel.

2-2- Etiologies

2-2-1 Maladies hypoxiques :

- . Cardiopathies cyanogènes
- . Anémies maternelles sévères.

2-2-2-Facteurs nutritionnels

2-2-3-HTA, syndromes vasculo-rénaux

2-2-4-Causes toxiques :

- . Alcool
- . Tabac
- . Drogues
- . Médicaments : antiépileptiques, comme les hydantoïnes

3-Les conséquences des naissances prématurées et des hypotrophes(8)

Les hypotrophes et prématurés courent le risque d'avoir une détresse respiratoire, une hémorragie ventriculaire. La mortalité périnatale est multipliée par 2 ou 3

Le pronostic à moyen et à long terme dépend de l'âge gestationnel et du poids, c'est -à-dire à la fois du degré de prématurité et d'hypotrophie. Il dépend aussi du caractère atraumatique des modalités d'extraction et de la prise en charge néonatale plus précisément :

- Lorsque le poids est inférieur à 1000g et que l'âge de naissance est inférieur à 32 semaines d'aménorrhées, les risques de séquelles augmentent de manière nette.
- L'extraction d'un fœtus en souffrance fœtale aigue aggrave beaucoup le pronostic ultérieur.

Les naissances prématurées et les hypotrophies entraînent des troubles des fonctions organiques :

3-1-La température

Elle tend à baisser et l'hypothermie à des conséquences métaboliques redoutables. Le nouveau-né est donc placé dans un incubateur dont la température supérieure à 30°C est réglée en fonction de la température de nouveau-né qui doit se maintenir à 36,5°C

3-2-La sensibilité aux infections

Elle est extrême et l'enfant protégé dans son incubateur est manipulé avec beaucoup de soin, d'hygiène et d'asepsie

3-3-La respiration

Elle est rapide, superficielle, irrégulière.

Les apnées sont à craindre, le plus souvent transitoires et la respiration repart à condition de stimuler le nouveau-né

La maladie des membranes hyalines se voit presque exclusivement chez les prématurées.

3-4-Le cœur

Il est rapide, 120 à 160 pulsation /mn

3-5-Un ictère

Il est quasi constant.

L'immaturation de la cellule hépatique et son faible pouvoir de Glycuro conjugaison en est le mécanisme principal.

3-6-les besoins énergétiques

Ils sont considérables, parfois difficiles à satisfaire, du fait de la mauvaise tolérance digestive. Les petits prématurés et hypotrophies doivent recevoir du lait de femme.

L'alimentation se fait de manière discontinue (10 repas /24heures) par gavage gastrique ou continu à la pompe par sonde duodénale.

Quel que soit le type d'alimentation il doit apporter 3g/kg de protides, du calcium, des oligo-éléments, du fer, des vitamines.

Biologiquement on constate les perturbations suivantes :

- Hypoglycémie assez fréquente
- Hypocalcémie habituelle

- Acidose avec pH entre 7,25 et 7,35
- Facteur de coagulation : un taux abaissé (nécessite de vitamine K1 à la naissance)
- Anémie
- Hypo protidémie
- Concentration urinaire faible
- Les unes et les autres sont à corriger

4-La Méthode Kangourou

4-1-Définition(9)

La méthode « Kangourou » est une technique consistant pour la mère à tenir contre elles les nouveau-né prématurés ou nouveau-nés de petits poids, peau contre peau, 24h/24h, allaitant et réchauffant jusqu'à ce que le nouveau-né devienne autonome.

4-2-Historique (10)

Le programme mère/enfant, Kangourou a vu le jour en 1978 en Colombie grâce au professeur Edgar Rey Sannabria, Pédiatre.

Il a été initié dans une maternité de Bogota capitale de la Colombie.

La technique Kangourou est un portage peau à peau du bébé. Le nom de technique Kangourou vient de la ressemblance avec l'animal Kangourou qui porte son enfant dans une poche située sur son ventre.

La méthode a été mise au point comme alternative au manque de couveuses appropriées pour des nouveau-nés nés avant terme et qui avaient surmonté les problèmes initiaux. Ils avaient seulement besoin d'être nourris et de grandir. Près de deux décennies d'expérience et de recherche ont permis de constater que les « soins Kangourou » sont plus qu'une solution de remplacement pour les soins en couveuse.

Cette méthode s'est avérée efficace pour la production thermique, l'allaitement au sein, l'établissement de liens affectifs et ce indépendamment du milieu, du poids, de l'âge gestationnel et des conditions cliniques.

4-3-Principes (11)

La méthode Kangourou :

- Consiste à maintenir le nouveau-né de faible poids, à peine vêtu, contre le thorax d'un adulte, un peu à la manière du Kangourou.
- Peut remplacer l'incubateur par une source humaine et d'alimentation, quand les seuls problèmes du bébé sont ceux de sa thermorégulation et de son alimentation

4-4-Objectifs (12)

Ils consistent à :

- Surseoir à l'insuffisance de moyens matériels :
 - o L'incubateur est remplacé par la mère
 - o La mère procure chaleur, alimentation et protection contre les infections.
 - o L'incubateur peut servir pour d'autres nouveau-nés qui en ont plus besoin.
- Eviter une séparation prolongée mère –bébé
 - o Porté par sa mère ou toute autre personne motivée, le bébé peut intégrer le milieu familial.
 - o La méthode permet de limiter voire de supprimer la période de séparation mère –bébé

4-5-Critère de sélection(13)

La méthode s'applique au nouveau né de poids de naissance inférieur à 2000g et au prématuré de moins de 37S.A. pesant moins de 2000g.

Les ressources les plus importantes pour les soins »Kangourou » sont :

- La mère
- Le personnel ayant reçu une formation spéciale.
- Un environnement favorable.

Les nouveau-nés très petits et ceux qui souffrent de complications sont mieux pris en charge s'ils sont placés en couveuse car ils peuvent alors recevoir l'attention et les soins dont ils ont besoin.

Dès que les conditions générales s'améliorent et que le nouveau-né n'a plus besoin de soins médicaux intensifs mais seulement de chaleur, de protection contre les infections et d'une alimentation adéquate pour assurer sa croissance, les soins « Kangourou » peuvent être alors la méthode à adopter.

Les critères de sélection sont doubles :

a) Chez le nouveau-né :

- . Absence des pathologies graves
- . Reflexe de succion présente
- . Bonne coordination succion-déglutition
- . Pour les nouveau-nés déjà en incubateur : grossir dans l'incubateur sans gavage.

Le nouveau-né doit en plus :

- . Avoir au moins passé le jour 5 pour un traitement antibiotique
- . Avoir une mère aidée par un membre de la famille pour qu'elle puisse réaliser d'autres activités comme laver les couches, se doucher.

b) La famille

Elle doit être

- capable d'appliquer la méthode.
- motivée
- rigoureuse et disponible.

Il est très important de faire participer le père et toute la famille au portage car faire du kangourou c'est fatigant et il est important de stimuler la solidarité familiale. De plus le père comprendra mieux pourquoi sa femme reste à l'hôpital et c'est important pour changer la mentalité fataliste en relation avec les bébés prématurés.

4-6-Les avantages (14) (15) (16)

Les effets bénéfiques de la méthode kangourou sont à la fois d'ordre physique et émotionnel :

4-6-1-Survie clinique de nouveau-né

a) pas d'augmentation de la mortalité

b) amélioration de la respiration

Respirer reste la principale difficulté du prématuré et nouveau-né de petit poids.

L'oxygénation du bébé kangourou est favorisée par la position verticale et la détente. Le contact peau à peau agit sur le système nerveux central (SNC) et se traduit par un rythme respiratoire plus régulier. L'apnée diminue parfois et peut disparaître totalement.

c) Amélioration de la régulation thermique.

Le bébé prématuré ne peut maintenir sa température corporelle seul pendant plusieurs semaines

Le contact peau à peau permet de maintenir le nouveau-né à une bonne température avec excès de calorie.

d) Les risques infectieux sont limités

e) Prise de poids plus rapide

La raison en est la qualité du sommeil du nouveau-né qui peut ainsi utiliser son énergie et ses calories pour sa croissance. En soin Kangourou le bébé se niche dans le ventre de sa mère et s'endort facilement en quelques minutes.

f) Amélioration du sommeil.

Le SNC arrive plus vite à la maturation, le sommeil augmente

g) Meilleure structure de la hanche.

La position verticale maintient l'articulation de la hanche ouverte et évite la luxation.

h) Alimentation du nouveau-né

La position favorise la lactation chez le nouveau-né

Le bébé peut téter à tout moment.

Au total les rythmes cardiaques et respiratoires, la respiration, l'oxygénation, la consommation d'oxygène, la glycémie, les cycles du sommeil et le

comportement observés chez des nouveau-nés prématurés de faible poids tenus en contact peau contre peau ont tendance à être similaires ou supérieurs à ceux observés parmi des nouveau-nés séparés de leur mère.

4-6-2-Equilibre psycho affectif bébé-famille

- a) Amélioration du sommeil profond.

Au contact peau à peau le bébé pleure moins.

- b) Satisfaction des parents

Les mères déclarent qu'elles sont sensiblement moins stressées avec un nouveau-né recevant des « soins Kangourou » qu'avec un nouveau-né recevant des soins traditionnels.

Elles préfèrent le contact peau contre peau aux soins traditionnels, affirment qu'elles ont beaucoup plus confiance en elles-mêmes, sont plus fières d'elles-mêmes et ont un sentiment d'épanouissement.

Les pères ont également dit qu'ils ont plus détendus, plus à l'aise et plus satisfaits en donnant des soins « Kangourou ».

- c) Diminution du sentiment de culpabilité de la mère de ne pas avoir pu mener la grossesse à terme.
- d) Diminution de l'angoisse des parents à la vue de leur bébé avec sondes multiples.

4-6-3-Autres avantages.

- a) Sociaux :

La méthode « Kangourou » entraîne une diminution du nombre d'abandon des nouveau-nés prématurés ou de petit poids de naissance.

- b) Economiques

On assiste à une réduction des coûts d'hospitalisation en service de Néonatalogie.

4-7-Echec (17)

Le plus souvent il s'agit d'alimentation insuffisante d'où l'importance de la surveillance. La mère ne garde pas son nouveau-né tout le temps sur elle et cela retentit sur son développement.

Tous les membres d'équipe doivent alors intervenir pour essayer de remotiver les parents et leur expliquer le principe et la technique

4-8-Technique

4-8-1-Début de la méthode Kangourou (18)

On peut commencer à appliquer la technique :

- a) A la Naissance :
 - Si le bébé à un Apgar de 6 ou plus
 - Placer le bébé sur sa mère, peau à peau
 - Les couvrir tous deux d'une grande couverture de coton pliée en deux
- b) Très tôt
 - 60 à 40 minutes après la naissance
- c) En période intermédiaire

Environ une semaine après la naissance pour les bébés qui ont toujours besoin d'oxygène (brèves apnées périodiques de la respiration).
- d) Tard
 - Quand l'état du bébé ne nécessite plus de soins intensifs ni d'oxygène
 - La technique de kangourou aura lieu au bout de plusieurs jours ou semaines.

4-8-2-Tenue d'un dossier (19)

Une fiche de dossier doit être tenue pour chaque mère et son bébé. Elle doit compter toutes les observations quotidiennes, informations sur l'alimentation et le poids, ainsi que des instructions pour le suivi du nouveau-né et des instructions spécifiques pour la mère.

Des dossiers standard et précis sont la solution pour veiller à ce que de bons soins individuels soient dispensés. Des indicateurs standards permettent de procéder à une bonne évaluation du programme.

Un registre de soins doit contenir toutes les informations de base sur tous les nouveau-nés et sur le genre de soins qu'ils ont reçus.

4-8-3-Soins quotidiens « Kangourou » (20) (21)

Quand un nouveau-né est prêt pour des soins « Kangourou », il faut convenir avec la mère d'un moment propice pour elle et pour le nouveau-né. La première session est importante et requiert du temps et une attention totale.

On demande à la mère de porter des vêtements légers et amples. Une chambre privée, assez chaude est utilisée pour le nouveau-né. La mère est encouragée à venir avec son conjoint ou un compagnon de son choix si elle le souhaite. Une belle compagnie apporte soutien et assurance.

a) Habillement.

Il est à minima pour assurer la surface la plus large possible au contact peau à peau.

On respecte les habitudes vestimentaires culturelles de sa mère mais on veille à choisir des sous-vêtements en coton et de vêtements à large encolure, éviter les refroidissements.

Le contact avec toute personne malade est à éviter.

➔ Vêtements pour la mère

La mère peut porter tout ce qu'elle trouve confortable et chaud à la température ambiante, à condition que ces vêtements soient adaptés à la garde du nouveau-né.

Des vêtements spéciaux ne sont pas nécessaires à moins que les vêtements traditionnels soient trop serrés.

L'article d'attache est le seul article spécial qui soit nécessaire pour les soins « Kangourou ». Il aide la mère à maintenir de manière sûre, son nouveau-né contre sa poitrine (schéma 1)

Au début on peut utiliser un morceau de tissu doux d'environ un mètre carré, que l'on plie en deux, en diagonale, et que l'on attache de manière sûre en faisant un nœud ou que l'on fait tenir fermement en passant sous les aisselles.

Par la suite une poche porteuse du choix de la mère peut remplacer ce morceau de tissu.

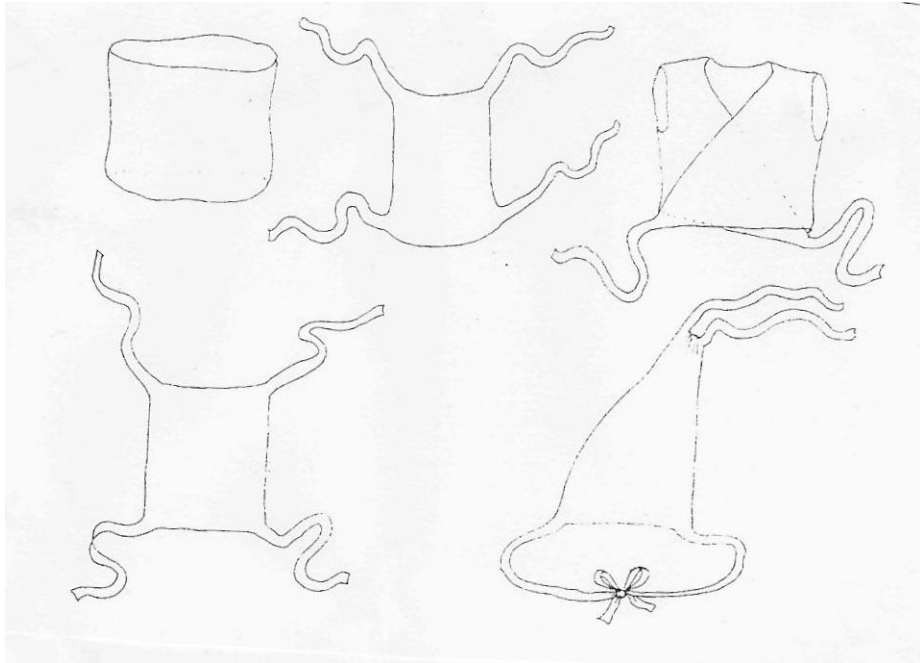


Schéma 1 : Poches porteuses pour nouveau-nés kangourou (21)

→ Vêtements pour nouveau-né

Quand la température ambiante est de 22-24°C le nouveau-né peut être transporté tout nu en position kangourou, exception faite de la couche, d'un bonnet et de chaussettes chaudes.

Quand la température tombe en-dessous de 22°C, le nouveau-né devrait porter un gilet coton sans manches ouvert devant afin de permettre le contact peau contre peau de la poitrine, de l'abdomen, des bras et des jambes avec la poitrine et l'abdomen de la mère. La mère se couvre alors, elle-même et le nouveau-né, avec son vêtement habituel

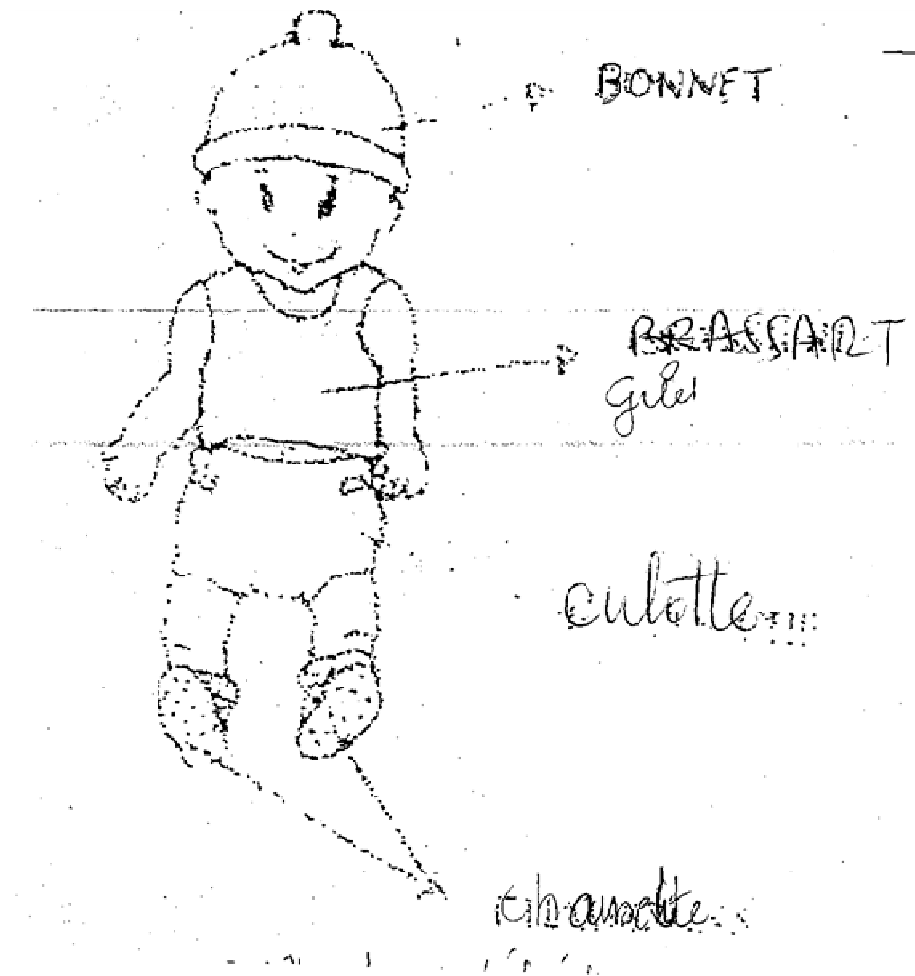


Schéma 2 : vêtements du bébé kangourou

Tableau 1 : Aide de la mère à positionner le nouveau-né

Aidez la mère à bien positionner le nouveau-né	
⇒	Montrez à la mère quels sont la position et l'attachement corrects pour allaitement au sein ;
⇒	Montrez à la mère comment elle doit tenir son nouveau-né : <ul style="list-style-type: none"> ○ La tête et le corps du nouveau-né doivent être tenus droits ○ Faites en sorte que la tête du nouveau-né soit tournée vers la poitrine de la mère, le nez se trouvant tourné vers le mamelon ○ Tenez le corps du nouveau-né près du corps de la mère ○ Soutenez tout le corps du nouveau-né, pas uniquement la nuque et les épaules ;
⇒	Montrez à la mère comment elle peut aider le nouveau-né à s'attacher à elle : <ul style="list-style-type: none"> ○ Montrez-lui comment mettre les lèvres du nouveau-né en contact avec le mamelon ○ Attendez jusqu'à ce que la bouche du nouveau-né soit grande ouverte ○ Déplacer rapidement le nouveau-né sur le sein, en veillant à ce que la lèvre inférieure du nouveau-né se situe bien en dessous du mamelon ;
⇒	Montrez à la mère comment vérifier que l'attachement est correct : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le menton du nouveau-né doit toucher son sein ○ La bouche du nouveau-né doit être grande ouverte ○ Sa lèvre inférieure doit être tournée vers l'extérieur ○ Une plus grande partie de l'auréole doit être visible en dessus, et non pas en dessous de la bouche. ○ Le nouveau-né doit téter lentement et en profondeur, en faisant des pauses occasionnelles.

b) Position kangourou

Le bébé est en décubitus ventral en position verticale sur le thorax de sa mère, en contact direct peau à peau.

Il est placé entre les deux seins de sa mère, joue contre la poitrine de la mère, jambes écartées sous les seins de la mère. La position est à garder 24heures/24.

L'enfant peut sans danger passer d'une personne à l'autre, le maintenir par une couverture ou un bandeau, de lycra ou un châle.

c) Durée de la position kangourou

C'est l'enfant qui détermine la durée de la position kangourou.

Il arrive un moment où, de manière naturelle, l'enfant cherche à quitter cette position parce qu'il régule sa température.

Il se sent mal à l'aise, pleure et cherche à sortir ses pieds et ses mains.

Ceci arrive généralement lorsque l'enfant atteint son terme « normal » et un poids supérieur à 2000g.

d) Durée des soins « Kangourou »

. Durée des sessions

Le contact peau contre peau devrait être entre pris progressivement, en assurant une transition facile des soins traditionnels à des soins « kangourou » constants.

Des sessions de moins de 60 minutes devraient toutefois être évitées car des changements fréquents sont trop pénibles pour le nouveau-né.

La durée des contacts peau contre peau augmente progressivement pour devenir aussi continue que possible de jour et de nuit ; les seules interruptions servent au changement des couches tout particulièrement dans les cas où l'on ne dispose pas d'autres moyens de protection thermique.

Quand la mère a besoin de s'éloigner de son nouveau-né, elle peut l'envelopper et le placer dans un berceau assez chaud, loin des courants d'air, couvert d'une couverture chaude, ou placé sous un appareil de chauffage adéquat si un tel appareil est disponible. Pendant ces moments, un des membres de la famille

(père ou partenaire, grand-mère, sœur) ou une amie proche, peut aussi aider à prendre soin du nouveau-né, dans la position « Kangourou » peau contre peau.

. Durée des soins.

Quand la mère et le nouveau-né commencent à se sentir bien le contact peau contre peau continue aussi longtemps que possible d'abord dans l'établissement puis à domicile.

Ces soins sont habituellement dispensés jusqu'au moment où le nouveau-né, arrive à terme (âge gestationnel d'environ 40 semaines) ou 2500g. A cette période le nouveau-né a également dépassé le stade où il a besoin de soins « kangourou ». Le nouveau-né commence à s'agiter pour montrer qu'il n'est pas à l'aise, tend ses jambes, crie et fait des histoires chaque fois qu'il convient de conseiller à la mère de mettre progressivement un terme aux soins « kangourou ».

La mère peut revenir occasionnellement au contact peau contre peau, après avoir fait prendre un bain au nouveau-né, durant les nuits froides ou quand le nouveau-né a besoin de confort.

4-8-4-Alimentation (22) (23) (24)

a) Les différentes modalités

→ L'alimentation au sein

La position « Kangourou » est idéale pour l'allaitement au sein. Dès que le nouveau-né montre qu'il est prêt pour l'allaitement au sein, en bougeant la langue et la bouche, qu'il voudrait téter (par exemple en léchant les doigts ou la peau de la mère) aidez la mère à se mettre dans une position d'allaitement au sein qui permet de bien attacher le nouveau-né. Le lait maternel répond aux besoins du nouveau-né même si la naissance est intervenue avant terme. Il devrait être considéré comme une priorité nutritionnelle était donnée le caractère unique du lait avant terme qui s'adapte à l'âge gestationnel et aux besoins du nouveau-né.

Tableau 2 : alimentation de nouveau-né en position kangourou

-
- ⇒ Maintenez le nouveau-né en contact peau contre peau : sa bouche doit se trouver près du mamelon ;
 - ⇒ Attendez que le nouveau-né soit bien éveillé et ouvre la bouche et les yeux (de tout petits nouveau-nés auront peut-être besoin d'une légère stimulation pour rester éveillés et attentifs) ;
 - ⇒ Exprimez quelques gouttes de lait maternel ;
 - ⇒ Laissez le nouveau-né renifler et lécher le mamelon, et ouvrir la bouche ;
 - ⇒ Exprimez le lait maternel dans la bouche ouverte du nouveau-né ;
 - ⇒ Attendez que le nouveau-né avale le lait ;
 - ⇒ Répétez le processus jusqu'à ce que le nouveau-né ferme la bouche et ne veuille plus boire de lait même après avoir été stimulé ;
 - ⇒ Demandez à la mère de répéter cette opération toutes les heures si le nouveau-né pèse moins de 1200g ; et toutes les deux heures s'il pèse plus de 1200g ;
 - ⇒ Soyez flexible lors de chaque session, mais vérifiez que la prise est adéquate en mesurant le gain de poids de la journée.
-



Schéma 3 : Allaitement au sein dans le cadre des soins « Kangourou » (22)

L'allaitement au sein est la meilleure méthode d'alimentation

➔ Alimentation à l'aide d'une tasse

Les tasses et autres ustensiles traditionnels peuvent être utilisés pour alimenter même de tous petits nouveau-nés, à condition qu'ils avalent le lait.

Les mères peuvent facilement s'initier à cette technique et alimenter leur nouveau-né en leur donnant des quantités de lait suffisantes.

L'alimentation à l'aide d'une tasse présente quelques avantages par rapport à l'alimentation au biberon étant donné qu'elle n'empêche pas l'allaitement au sein ; une tasse peut être nettoyée facilement avec du savon et de l'eau, s'il n'est pas possible de la nettoyer dans de l'eau portée à ébullition.

La tasse permet en outre de vérifier la prise

➔ Alimentation au biberon

Cette méthode est la moins préférable et n'est pas recommandée

➔ Alimentation par sonde

Elle est utilisée quand le nouveau-né ne peut pas encore avaler ou coordonner la déglutition et la respiration ou se fatigue trop facilement et ne parvient pas à avaler assez de lait.

Tableau 3 : Manière d'insérer la sonde

⇒	Sortez le nouveau-né de la position « kangourou », couvrez-le chaudement et placez-le sur une surface assez chaude.
⇒	Insérez la sonde dans la bouche, plutôt que dans le nez du nouveau-né ; les nouveau-né de petite taille respirent par le nez et si la sonde est placée dans le nez elle peut obstruer la respiration ;
⇒	Utilisez des sondes d'alimentation courtes de calibre n°5 à 8 French selon la taille du nouveau-né ;
⇒	Mesurez et marquez avec un stylo feutre sur la sonde la distance de la bouche à l'oreille et jusqu'à l'extrémité inférieure du sternum ;
⇒	Passez la sonde par la bouche dans l'estomac jusqu'à ce que la marque du stylo atteigne les lèvres ; la respiration du nouveau-né devrait être normale avec la sonde en place ;
⇒	Fixer la sonde sur le visage du nouveau-né à l'aide d'un sparadrap ;
⇒	Remplacez la sonde toutes les 24-72 heures. Maintenez-la fermée ou pincez-la quand vous l'enlevez pour éviter que le fluide ne tombe dans la gorge du nouveau-né.

b) Quantité et fréquence

La fréquence de l'alimentation dépend de la quantité de lait que le nouveau-né tolère à chaque fois qu'il est nourri de la quantité de lait nécessaire quotidiennement.

Tableau 4 : Quantité de lait nécessaire quotidiennement selon le poids de naissance et l'âge

Poids de naissance	Chaque jour	1 ^{er} jour	2 ^e jour	3 ^e jour	4 ^e jour	5 ^e jour	Du 6 ^e au 13 ^e jour	14 ^e jour
1000-1499g	Toutes les 2h	60ml/kg	80ml/kg	90ml/kg	100ml/kg	110ml/kg	120-180ml/kg	180-200ml/kg
≥1500g	Toutes les 3h							

Tableau 5 : Quantité approximative de lait maternel nécessaire par période l'alimentation selon le poids de naissance et l'âge.

Poids de naissance	Nombre de périodes d'alimentation	1 ^{er} jour	2 ^e jour	3 ^e jour	4 ^e jour	5 ^e jour	Du 6 ^e au 13 ^e jour	14 ^e jour
1000g	12	5ml	7ml	8ml	9ml	10ml	11-16ml	17ml
1250g	12	6ml	8ml	9ml	11ml	12ml	14-19ml	21ml
1500g	8	12ml	15ml	17ml	19ml	21ml	23-33ml	35ml
1750g	8	14ml	18ml	20ml	22ml	24ml	26-42ml	45ml
2000g	8	15ml	20ml	23ml	25ml	28ml	30-45ml	50ml

4-8-5- Suivi médical (25) (26) (27) (28)

a) Température

Un nouveau-né bien nourri, en contact peau contre peau constant, peut facilement conserver la température corporelle normale (entre 36,5°C et 37°C) quand il est en position « Kangourou » et quand la température ambiante n'est pas inférieure à la fourchette recommandée.

L'hypothermie est rare chez les nouveau-nés qui reçoivent des soins « Kangourou » mais elle peut se produire. Il faut encore mesurer la température corporelle du nouveau-né, mais moins souvent que lorsque le nouveau-né n'est pas en position « Kangourou ».

La prise de la température est toujours axillaire

Tableau 6 : Prise de la température du nourrisson

-
- ⇒ Garder le nouveau-né au chaud durant toute la procédure, soit par contact peau contre peau avec la mère en couvrant bien le nouveau-né, soit en le posant sur une surface assez chaude et en le couvrant bien ;
 - ⇒ Utilisez un thermomètre propre et secouez-le pour que la température soit inférieure à 35°C ;
 - ⇒ Placez l'extrémité du thermomètre bien en haut au milieu de l'aisselle ; la peau de l'aisselle doit être en plein contact avec l'extrémité du thermomètre, et il ne doit pas y avoir de poches d'air entre la peau et l'extrémité du thermomètre ;
 - ⇒ Tenez le bras du nouveau-né en douceur du côté de la poitrine ; maintenez le thermomètre en place pendant au moins trois minutes ;
 - ⇒ Retirez le thermomètre et lisez la température ;
 - ⇒ Evitez de prendre la température par voie rectale car en procédant de cette façon il y a un risque faible mais important de perforation rectale.
-

b) Bien être et respiration

Les problèmes respiratoires liés au « faible poids » du nouveau né peuvent être des :

- Troubles de la commande respiratoire avec respiration irrégulière et pause. Ils sont justiciables d'analeptiques respiratoires.
- Maladies des membranes hyalines par insuffisance du surfactant
- Troubles de respiration du liquide alvéolaire, donnant une détresse respiratoire transitoire.

La mère doit être consciente des risques de crises d'apnée ; elle doit être capable de reconnaître les manifestations d'intervenir immédiatement et de chercher de l'aide si elle est préoccupée.

Tableau 7 : Conduite à tenir devant une crise d'apnée

⇒ Apprenez à la mère à observer les fluctuations respiratoires et expliquez-lui les variations normales ;
⇒ Expliquez-lui ce qu'est l'apnée et quels sont ses effets sur un nouveau-né ;
⇒ Démontrez-lui l'effet de l'apnée en lui demandant de retenir sa respiration pendant peu de temps (moins de 20 secondes) et plus longtemps (20 secondes ou plus) ;
⇒ Expliquez-lui que si la respiration s'arrête pendant 20 secondes ou plus, ou si le nouveau-né devient bleu (lèvres et visage bleus) il peut s'agir d'un signe de maladie grave ;
⇒ Apprenez-lui à stimuler le nouveau-né en lui frottant légèrement le dos ou la tête, ou en le balançant jusqu'au moment où le nouveau-né recommence à respirer. Si le nouveau-né ne respire toujours pas, elle doit appeler le personnel ;
⇒ Réagissez toujours immédiatement quand une mère appelle à l'aide ;

-
- ⇒ En cas d'apnée prolongée, quand la respiration ne peut pas être réactivée par stimulation, le nouveau-né doit être réanimé conformément aux directives de réanimation de l'hôpital ;
 - ⇒ Si les crises d'apnée deviennent plus fréquentes, examinez le nouveau-né ; il peut s'agir d'un signe précoce de maladie. Traitez le nouveau-né conformément au protocole de l'établissement.
-

Il faut apprendre à la mère à reconnaître les signes du danger et savoir chercher de l'aide

Tableau 8 : Les signes du danger

-
- ⇒ Respiration difficile, tirage sous-costal, grognements
 - ⇒ Respiration très rapide ou très lente
 - ⇒ Crises fréquentes et longues apnées
 - ⇒ Le nouveau-né a froid : la température corporelle est inférieure à la normale en dépit d'efforts de réchauffement
 - ⇒ Alimentation difficile : le nouveau-né ne se réveille plus pour demander qu'on l'alimente, il cesse de s'alimenter ou vomit
 - ⇒ Convulsions
 - ⇒ Diarrhée
 - ⇒ Peau jaune
-

Rassurez la mère et dites-lui qu'il n'y a pas de danger pour le nouveau-né quand :

- Il éternue ou a le hoquet
- Il a des selles liquides chaque fois qu'il vient d'être alimenté
- Il n'a pas de selles pendant 2-3 jours

c) Suivi de la croissance

➔ Poids

Pesez les nouveau-nés de petite taille tous les jours et vérifiez les gains de poids afin d'évaluer d'abord si la prise de liquide est adéquate, puis la croissance. Les nouveau-nés de petite taille perdent du poids dans un premier temps, immédiatement après la naissance : une perte de poids initiale de 10% durant les premiers jours de la vie a été considérée comme acceptable. Après la perte de poids initiale, les nouveau-nés retrouveront leur poids de naissance, en général entre 7 et 14 jours après la naissance. Ensuite, les nouveau-nés devraient commencer à prendre du poids, un peu au début, d'avantage par la suite. Aucune perte de poids n'est acceptable, sauf durant cette période initiale. De bonnes prises de poids sont considérées comme un signe de bonne santé ; en revanche, de faibles prises de poids doivent être considérées comme très préoccupantes. Il n'y a pas de limite supérieure pour les gains de poids chez les nouveau-nés allaités au sein, mais la limite inférieure ne devrait pas être au-dessous de 15g/kg/jour.

Le gain de poids quotidien adéquat durant la deuxième semaine de vie est de 15g/kg/jour

Tableau 9 : Gains de poids adéquats pour les divers âges post-menstruels

⇒ 20g/jour jusqu'à un âge post-menstruel de 32 semaines, ce qui correspond approximativement à 150-200g/semaine ;
⇒ 25g/jour de la 33 ^e à la 36 ^e semaine d'âge post-menstruel, ce qui correspond approximativement à 200-250g/semaine ;
⇒ 30g/jour de la 37 ^e à la 40 ^e semaine d'âge post-menstruel, ce qui correspond approximativement à 250-300g/semaine.

Le suivi de la croissance, tout particulièrement des gains de poids quotidiens, exige une balance précise et une technique de pesée standard. Les pesons ne sont pas assez précis

pour un suivi régulier quand les gains de poids sont faibles, et peuvent conduire à de mauvaises décisions. Une balance analogue de maternité (avec des intervalles de 10g) est la meilleure solution. Si des balances précises de ce genre ne sont pas disponibles, ne pesez pas les nouveau-nés recevant des soins « Kangourou » chaque jour mais basez-vous sur une pesée hebdomadaire pour le suivi de la croissance. Les pesées doivent être inscrites sur un tableau et le gain de poids doit être évalué chaque jour ou une fois par semaine.

➔ Circonférence de la tête

La circonférence de la tête est mesurée une fois par semaine. Une fois que le nouveau-né commence à prendre du poids, la circonférence de la tête augmentera de 0,5 à 1 cm par semaine

d) Traitement préventif

Les nouveau-nés de petite taille viennent au monde avec des réserves de micronutriments insuffisantes.

Les prématurés, quel que soit leur poids, devraient recevoir une supplémentation en fer et en acide folique à partir du deuxième mois jusqu'à l'âge chronologique d'un an.

La dose quotidienne de fer est de 2mg/kg de poids corporel/jour.

On explique à la mère que :

- Le fer est essentiel pour la santé et la croissance du nouveau-né ;
- Le nouveau-né a besoin de prendre du fer régulièrement, à la même heure chaque jour, après l'allaitement ;
- Les selles du nouveau-né peuvent devenir plus foncées, ce qui est normal.

e) Stimulation

Tous les nouveau-nés ont besoin d'amour et de soins pour grandir mais les nouveau-nés prématurés et très petits ont même besoin d'une plus grande attention pour pouvoir se développer normalement étant donné qu'ils ont été privés pendant des semaines ou des mois d'un environnement intra-utérin idéal.

Ils sont en fait exposés à trop de lumière, de bruit et de stimuli pénibles durant les soins initiaux.

Les soins « kangourou » sont une méthode idéale étant donné que le nouveau-né est bercé et serré doucement contre la mère et il entend la voix de la mère alors qu'elle vaque à ses affaires quotidiennes.

Les pères peuvent aussi offrir un tel environnement.

Les agents de santé ont un rôle important à jouer en encourageant les mères et les pères à exprimer leurs sentiments et leur amour à leur nouveau-né.

f) Vaccination

Elle est faite conformément à la politique nationale

4-8-6-Sortie de l'hôpital (29)

Elle signifie que la mère et le nouveau-né peuvent rentrer chez eux. Le moment où ils quittent l'établissement dépend de la taille du nouveau-né, du nombre de lits disponibles, des conditions à domicile et des possibilités d'avoir accès à des soins de suivi.

Habituellement un nouveau-né qui reçoit des soins « kangourou » peut quitter l'hôpital quand les conditions suivantes sont remplies :

- L'état général du nouveau-né est bon et le nouveau-né ne souffre pas de maladies, apnée ou infection ;
- Il s'alimente bien et est allaité exclusivement ou essentiellement au sein ;
- Il prend du poids : au moins de 15g/kg/jour durant une période d'au moins trois jours consécutifs.
- Sa température est stable en position « kangourou » (température comprise dans une fourchette normale durant au moins trois jours consécutifs)
- La mère a confiance en elle-même pense pouvoir prendre soin du nouveau-né; de plus elle a la possibilité de venir régulièrement pour des visites de suivi.

Ces conditions sont en général remplies quand le nouveau-né pèse plus de 1500g.

Tableau 10 : Récapitulation du suivi médical (29)

Consultation	
Rythme/âge	Tâche
Tous les jours	<ul style="list-style-type: none"> • Mesure
Pour tout bébé kangourou jusqu'à prise de poids de 20g par jour ou récupération du poids de naissance	<ul style="list-style-type: none"> - Poids - Périmètre crânien • Examen complet avec examen des hanches
1 mois et demi	Contrôles particuliers : <ul style="list-style-type: none"> - Fond d'œil - Optométrie
3,6 et 9 mois d'âge corrigé	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation du développement neuromoteur
Traitement prophylactique	
Systématique en cas d'antécédents d'apnée lors de l'hospitalisation	- Théophylline
Jusqu'à 6 mois d'âge corrigé	- Métocolopramide
Jusqu'à 1 an d'âge corrigé	- Sulfate de fer
Jusqu'au début de l'alimentation solide	- Acide folique
Vaccination	
Avec conseil pour rougeole-rubéole-oreillons à 15-18 mois si la femme en a les possibilités économiques. Selon les recommandations officielles du pays.	

4-8-7- Les soins « kangourou » à domicile (30)

Le suivi pour la mère et le nouveau-né est assurée par le service (dispensateur de soins qualité)

Plus le nouveau-né est petit au moment de la sortie, plus tôt commenceront les visites de suivi et plus elles seront fréquentes.

Les points suivants sont à vérifier lors de chaque visite de suivi :

a) Soins quotidiens :

- Position kangourou
- Durée de contact peau contre peau
- Habillement
- Température corporelle.

b) Alimentation

L'allaitement maternel exclusif est fortement recommandé

c) Suivi médical :

- Suivi spécifique au cours de la période kangourou
- Suivi conforme à celui des nouveau-nés à haut risque jusqu'à un an

Le gain de poids est apprécié régulièrement

d) Préoccupations de la mère

On demande à la mère s'il y a d'autres problèmes y compris des problèmes personnels, ménagers ou sociaux et on essaie de l'aider à trouver la meilleure façon de résoudre ces problèmes.

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

1- Objectifs de l'étude

1-1-Objectif général

Il vise à améliorer la prise en charge des prématurés et des bébés de faible poids afin de diminuer la mortalité néonatale par l'emploi de la méthode « kangourou »

1-2- Objectifs spécifiques

Ils consistent à :

- Faire connaître d'avantage la technique kangourou
- Eduquer les parents des nouveau-nés prématurés et hypotrophes sur cette méthode en utilisant les différentes techniques de communication
- Dégager des recommandations pour améliorer la qualité des soins de surveillance dans le service





2- Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au CHUA Gynécologie Obstétrique Befelatanana, qui a été fondé en 1957 sous la direction du Docteur VOYRON mais après l'indépendance, et fût confiée aux Malgaches. C'est un des centres de référence en matière de gynéco-obstétrique car outre les patientes arrivées directement, il reçoit les évacuations sanitaires provenant des districts périphériques et même des autres régions de l'île et d'autres pays. (Comme l'Iles Comores)

2-1- Présentation :

C'est un bâtiment à 4 étages, possédant 178 lits, 48 berceaux, 6 couveuses.

2-1-1- Au rez-de-chaussée :

-  Salle d'Accueil, Triage et Urgence (ATU) avec un bloc opératoire ;
-  Consultation pré et post-natale ;
-  Consultation externe ;
-  Centre de santé de reproduction et de planning familial ;

- ✚ Salle d'exploration : échographie et d'insufflation tubaire ;
- ✚ Salle de réunion ;
- ✚ Direction, administration (statistique, gestion,...) ;
- ✚ Pharmacie, cession ;
- ✚ Buanderie, lingerie, cafeteria ;
- ✚ Salle d'attente.

2-1-2- Au premier étage :

- ✚ Obstétrique I : recevant les parturientes et les accouchées en leur donnant des soins appropriés pour la mère et le bébé jusqu'à leur sortie ;
- ✚ Salle d'accouchement et bloc opératoire.

2-1-3- Au deuxième étage :

- ✚ Obstétrique II : idem obstétrique I ;
- ✚ Service de kangourou ;
- ✚ Service Pédiatrie-Néonatalogie : s'occupe des nouveau-nés prématurés et à terme qui ont besoin des soins particuliers.

2-1-4- Au troisième étage :

- ✚ Pathologies obstétricales : des grossesses pathologiques ainsi que des suites de couches et les naissances dites pathologiques ;
- ✚ Réanimation adulte
- ✚ Service bibliothécaire

2-1-5- Au quatrième étage :

- ✚ Gynécologie interne : chargé des problèmes gynécologiques médicochirurgicaux ;
- ✚ Service de l'AMIU ;
- ✚ Bloc opératoire.

2-2- Profil du personnel :

Il compte 245 travailleurs permanents, mis à part les étudiants en médecine, élèves paramédicaux et les stagiaires internes :

- 02 professeurs agrégés (en Gynéco-obstétrique, en Pédiatrie Néonatale)
- 51 médecins (09 gynéco-obstétriciens, 03 pédiatres, 04 anesthésistes réanimateurs, 04 échographistes, 01 urgentiste ; 30 assistants)
- 102 paramédicaux (87 sages femmes, 06 anesthésistes, 05 infirmiers, 02 kinésithérapeutes, 01 nutritionniste, 01 assistante sociale)
- 31 agents administratifs, 04 de maintenance, 06 de sécurité, 03 chauffeurs, 46 agents d'appui.

3- Le service kangourou

Il fait partie du service de pédiatrie Néonatalogie

L' « Unité Kangourou » ou « Unité Trotro an-koditra » est une unité de soins des nouveau-nés prématurés ou de petit poids de naissance. Le « Trotro an-Koditra » ou Technique Kangourou propose le portage permanent du bébé par la mère et répond point par point aux trois besoins vitaux du nouveau-né :

- La chaleur : le contact peau à peau
- L'alimentation : le lait maternel
- La propreté : les anticorps maternels

La technique présente l'intérêt de remplacer l'incubateur par une source humaine de chaleur et d'alimentation : la MERE

Récemment mise en place, depuis Novembre 2002, l'Unité Kangourou est située au 2^e étage bâtiment du Centre Hospitalier Universitaire, GOB. Cette unité a 3 composantes :

- S.243 : Salle d'adaptation Kangourou Intra-Hospitalière
- S.25 : Salle d'Hospitalisation Mère-Bébé
- S.22 : Salle du Programme Kangourou Ambulatoire

4- Méthodologie

4-1- Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective des soins pratiqués chez les nouveau-nés prématurés et hypotrophes pour la méthode « Kangourou ». Elle a été réalisée sur une période de 12 mois allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2007.

4-2- Matériels d'étude

4-2-1- Population d'étude, critères d'inclusion et exclusion

Les cibles de l'étude ont été les nouveau-nés :

- Prématurés
- De faible poids de naissance

Les dossiers retenus ont été :

- Le dossier médical d'hospitalisation
- Le dossier de suivi

Les informations suivantes sont consignées dans le dossier :

- a) Pour le dossier d'hospitalisation du nouveau-né :
 - Quand les soins « kangourou » ont commencé à être dispensés (date, poids et âge)
 - Etat du nouveau-né
 - Détails sur la durée et la fréquence de contact peau contre peau
 - Si la mère était hospitalisée ou si elle était chez elle avant d'avoir été prise en charge.
 - Méthode principale d'alimentation.
 - Observations sur la lactation et l'allaitement
 - Gain du poids quotidien
 - Episodes de maladies, autres états de santé ou complications
 - Les médicaments donnés au nouveau-né
 - Détails sur la sortie : état du nouveau-né, état de préparation de la mère, conditions à domicile permettant une sortie : date, âge, poids et âge post-

menstruel lors de la sortie ; méthode d'alimentation et instructions pour le suivi (où, quand et à quelle fréquence)

La mère reçoit un certificat de sortie sur un carnet résumant sa période d'hospitalisation et donnant des instructions pour les soins à domicile, les médicaments et le suivi.

Dans le carnet est aussi indiqué si le nouveau-né a été transféré dans un autre établissement de pédiatrie ou s'il est décédé.

b) Dossier de suivi :

- Quand le nouveau-né a été vu pour la première fois (date, âge, poids et âge post-menstruel)
- Méthode d'alimentation
- Durée quotidienne du contact peau contre peau.
- Toute préoccupation de la mère.
- Si le nouveau-né doit retourner à l'hôpital où s'il a été réadmis à l'hôpital
- Quand la mère a mis un terme au contact peau contre peau (date, âge du nouveau-né, poids, âge, raisons pour lesquelles elle a mis un terme au contact peau contre peau) et méthode d'alimentation lors du sevrage
- Remarques importantes

Les dossiers dont les renseignements sont incomplets n'ont pas été retenus.

4-2-2- Mode de collecte des données

Les données ou variables ont été collectées à partir des 2 dossiers (hospitalisation et suivi) constituant un seul document.

4-2-3- Les variables

Les variables étudiées sont de 2 sortes : dépendantes et indépendantes

4-2-3-1- La variable dépendante.

Elle est représentée par la Méthode « Kangourou »

4-2-3-2- Les variables indépendantes

Elles sont constituées par :

- La situation générale

- Les hospitalisations
- Niveau socio-économique
- Age gestationnel
- La prise de poids
- Les paramètres vitaux
- La surveillance de l'alimentation
- Le séjour hospitalier
- L'échec
- Le maniement ambulatoire

5- Résultats

Les résultats sont présentés sous forme de tableaux et de texte suivant les caractéristiques présentes dans les chapitre matériels et méthodes

5-1- Habitudes du service : Situation générale

Les soins « Kangourou » au G.O.B. passent par 3 étapes :

- Adaptation kangourou intra-hospitalier
- Hospitalisation mère-bébé
- Maniement ambulatoire

5-1-1- L'adaptation Kangourou Intra-Hospitalière

Lorsque l'enfant prématuré ou de petit poids de naissance hospitalisé dans le service de Néonatalogie ne reçoit plus de soins pédiatriques, il peut entrer dans le programme kangourou : commence alors l'adaptation maternelle.

Tous les jours la mère hospitalisée au G.O.B. est séparée de son nouveau-né la nuit, vient dans la salle 243 pour se familiariser avec la technique Kangourou : elle va prendre son bébé en position « Trotro an-Koditra », va apprendre à l'allaiter ; elle va recevoir tous les conseils inhérents à la méthode kangourou.

La mère doit donc être présente aussi longtemps que possible auprès de son bébé ; 24 h/24h

L'adaptation mère-nouveau-né se fait sous la supervision de la sage-femme formée au technique kangourou et allaitement maternel. La mère est incitée à mettre son nouveau-né en position kangourou quelques heures le jour, à tirer son lait régulièrement pour stimuler la sécrétion lactée.

Une fois l'adaptation jugée réussie au vu de chaque fiche d'évaluation, la mère et le nouveau-né passent dans la salle d'hospitalisation.

5-1-2- L'Hospitalisation mère-bébé

Elle est réalisée dans la salle 25 qui contient 6 lits : le nouveau-né est ainsi porté en position Kangourou le jour et la nuit. La personne qui porte le nouveau-né la nuit, doit dormir en position demi-assise contre des oreillers afin de maintenir le nouveau-né en position verticale.

Une fois que le nouveau-né grossit bien et que la mère se sent capable d'emmener son nouveau-né à la maison, le couple peut alors quitter le G.O.B et sortir en Programme Mère Kangourou ambulatoire.

5-1-3- Le maniement ambulatoire

Le nouveau-né kangourou bénéficie d'un suivi médical réalisé dans la salle 22. Il est souhaitable que le bébé soit vu quotidiennement jusqu'à ce qu'il ait récupéré son poids de naissance mais vu la conjoncture actuelle une consultation bihebdomadaire est bien acceptée. Les jours de consultation se font les mardis et vendredis. Toutefois, le médecin de l'Unité Kangourou doit être joignable à tout moment.

A chaque consultation sont contrôlés : le poids, la taille, le périmètre crânien, et le nouveau-né subit un examen clinique complet. Les données sont notées sur une fiche de suivi médical et sur le carnet personnel du bébé.

Un examen ophtalmologique est réalisé un mois et demi après la naissance depuis le 6 janvier 2003, et les tests neuromoteurs se font au 3^e, 6^e, 9^e et 12 mois d'âge corrigé.

5-2- Caractéristiques des nouveau-nés

5-2-1- Situation générale au service de Néonatalogie

- En 2007 10825 entrantes ont été recensées au GOB
- Le nombre d'admissions en Néonatalogie est 2512 au cours de l'année 2007

5-2-1-1- Modes d'accouchement

- Par voie basse : 2087
- Par voie haute : 425

Parmi les accouchements pratiqués au GOB les nouveau-nés ayant présenté des problèmes tels :

- Indice d'Apgar inférieur à 7
- Prématurité
- Alimentation par voie orale impossible ou difficile
- Retard de croissance intra utérin (RCIU)
- Poly malformations
- Des traumatismes : forceps, vacuum Extractor, spatule de Thierry
- Anoxie et hypoxie
- Infection néonatale

Sont admis au service de Néonatalogie pour y recevoir des soins adéquats.

Indice d'Apgar

C'est un test d'appréciation rapide et chiffré de l'état de nouveau-né. Cette appréciation se fait dans les premières minutes (1 à 5 minutes) après la naissance, puis à la 10 e et à la 15 e minute si besoin.

Le tableau suivant donne les paramètres à apprécier.

Tableau 11 : Indice d'Apgar (3)

Note	0	1	2
A (aspect)	Pale	Cyanose	Rose
P (pouls)	Pas de battements	Lent ou irrégulier	Régulier
G (grimaces)	Absent	Faible	Vigoureux
A (Activité tonus)	Absent	Faible	Normal
R (respiration)	Absente	Faible	Normale

Schématiquement :

- Si le test est à 9-10, le nouveau-né est normal.
- Si le test est entre 5 et 8, le nouveau-né a besoin de soins particuliers
- Si le test est inférieur à 5, le nouveau-né a besoin de réanimation intensive.

Modalités d'accouchements par voie basse	Mois												Total
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Malformations Bec de lièvre et F / P			1			1						3	5
Cardiopathie Congénitale				2		2	1	1			1		7
Atrésie de l'œsophage				1								1	2
Anencéphalie	1												1
Pied bot	1	1				3	2	1					8
Spina Bifida													0
Hydrocéphalie	2					1	1		2				6
Autres									1		2	1	4
Poly malformation		1	2	3		1			1				8
RCIU	11	10	15	5	6	11		9	16	12		5	100
Macrosomie	4		2			4			4		1	4	19
Acct en route						3	3					2	8
Poste mature								2				2	4
Total													2087

Sur les 2087 accouchés par voie basse, admis au service de Réanimation néonatale 544 sont des accouchements prématurés (26%).

Tous les nouveau-nés issus des opérations césariennes ne sont pas admis automatiquement en service de Néonatalogie. Leur sort dépend de l'examen du Médecin Néonatalogiste

Les uns sont transférés en salle où ils ont pris en charge par :

- La Sage-femme du service
- Le Médecin Néonatalogiste du service

Ils sont gardés par les parents de l'opérée : mère, sœur ou père. Le personnel du Service est appelé en cas d'alerte (signes de danger ou moindre anomalie du bébé)

Les autres nouveau-nés nécessitant des soins particuliers après l'opération césarienne sont transférés au service de réanimation Néo-natale.

5-2-1-1- Hospitalisations

a) Hospitalisations de nouveau-nés dans les 24 heures

Au total 1168 bébés sont hospitalisés dont :

- 920 transférés dans les différentes salles d'hospitalisation de G.O.B.
- 248 décédés (21%)

b) Hospitalisations des nouveau-nés en service de Néonatalogie pour une durée de 24h et plus

Dans l'ensemble 1364 nouveau-nés restent dans le service

1114 bébés sont vivants

250 nouveau-nés sont décédés (19%)

Le nombre de décédés de poids inférieur à 2500g est de 195. Celui de poids supérieur à 2500g est de 55

Tableau 14 : Répartition des nouveau-nés décédés selon les poids et les mois

Mois Poids	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total
Décédés<2500g	13	39	26	41	16	9	10	11	9	5	6	10	195
Décédés> 2500g	13	4	8	3	3	4	5	2	2	4	1	6	55
Total	26	43	34	44	19	13	15	13	11	9	7	16	250

250 nouveau-nés sont décédés au cours de l'année 2007 en salle d'hospitalisation.

- L'effectif des hospitalisés est de 349 dont :
 - o 149 de sexe masculin soit un taux de 42,69%
 - o 200 de sexe féminin soit un taux de 57,31%

Tableau 15 : Poids des nouveau-nés hospitalisés

Mois Poids	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total
MASCULIN													
2500 à 2000grs	1			3	4	5	2	5	3	4	3	3	33
2000 à 1500grs	4	3	4	5	12	9	5	6	13	9	9	10	89
1500 à 1000grs	1	1	1	1	1	1	3	3	4	4	2	4	26
100 à 900grs						1							1
SOUS TOTAL	6	4	5	9	17	16	10	14	20	17	14	17	149
FEMININ													
2500 à 2000grs	4			4	6	2	8	5	4	5	3	3	44
2000 à 1500grs	6		6	7	9	14	22	12	11	16	6	10	119
1500 à 1000grs		3	1	1	3	5	4	5	5	1	3	6	37
100 à 900grs													0
SOUS TOTAL	10	3	7	12	18	21	34	22	20	22	12	19	200
TOTAL	16	7	12	21	35	37	44	36	40	39	26	35	349

Les nouveau-nés pesant 900 à 1900g sont hospitalisés et recevant des soins quotidiens :

- Visite médicale
- Surveillance de la position kangourou correcte
- Suivi de l'état du nouveau-né
- Suivi de la croissance par la pesée quotidienne
- Surveillance des paramètres vitaux : respiration, pouls, température.
- Surveillance de l'alimentation
- Examen neurologique

**5-2-2- Nombre de nouveau-nés ayant bénéficié de la méthode
« kangourou »**

L'effectif des nouveau-nés à l'entrée est 441 dont

- 203 de sexe masculin soit un taux de 42,03%
- 238 de sexe féminin soit un taux de 57,97%

Tableau 16 : Poids à l'entrée des nouveau-nés à l'unité « Kangourou »

Mois Poids	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total
MASCULIN													
2500 à 2000grs	5	4	3	3	1	9	5	8	3	7	7	8	63
2000 à 1500grs	7	6	5	7	11	7	7	12	14	13	13	10	112
1500 à 1000grs		1		1		4	4	3	3	3	4	4	27
100 à 900grs	1												1
SOUS TOTAL	13	11	8	11	12	20	16	23	20	23	24	22	203
FEMININ													
2500 à 2000grs	8	2	4	6	5	7	12	6	7	10	7	6	80
2000 à 1500grs	11	3	9	7	7	15	13	17	9	10	4	10	115
1500 à 1000grs	2	3	3	1	4	3	4	7	6	1	3	5	42
100 à 900grs		1											1
SOUS TOTAL	21	9	16	14	16	25	29	30	22	21	14	21	238
TOTAL	34	20	24	25	28	45	45	53	42	44	38	43	441

Un bébé pesant moins de 1000g a été recensé.

Parmi les 441 nouveau-nés admis au service 349 sont hospitalisés, 92 sont suivis en ambulatoire.

Le nombre de prématurés s'élève à 225 tandis que celui des hypotrophes (Retard de croissance intra-utérin) est de 124.

5-2-3- Niveau Socio-économique des parents des nouveau-nés

Tableau 17 : Répartition des nouveau-nés selon le niveau socio-économique

Niveau socio-économique	Effectifs des nouveau-nés	Pourcentage
Bas	246	70,48
Moyen	75	21,48
Haut	28	8,04
Total	349	100

Les « bébés kangourou » ont des parents de classe sociale variée.

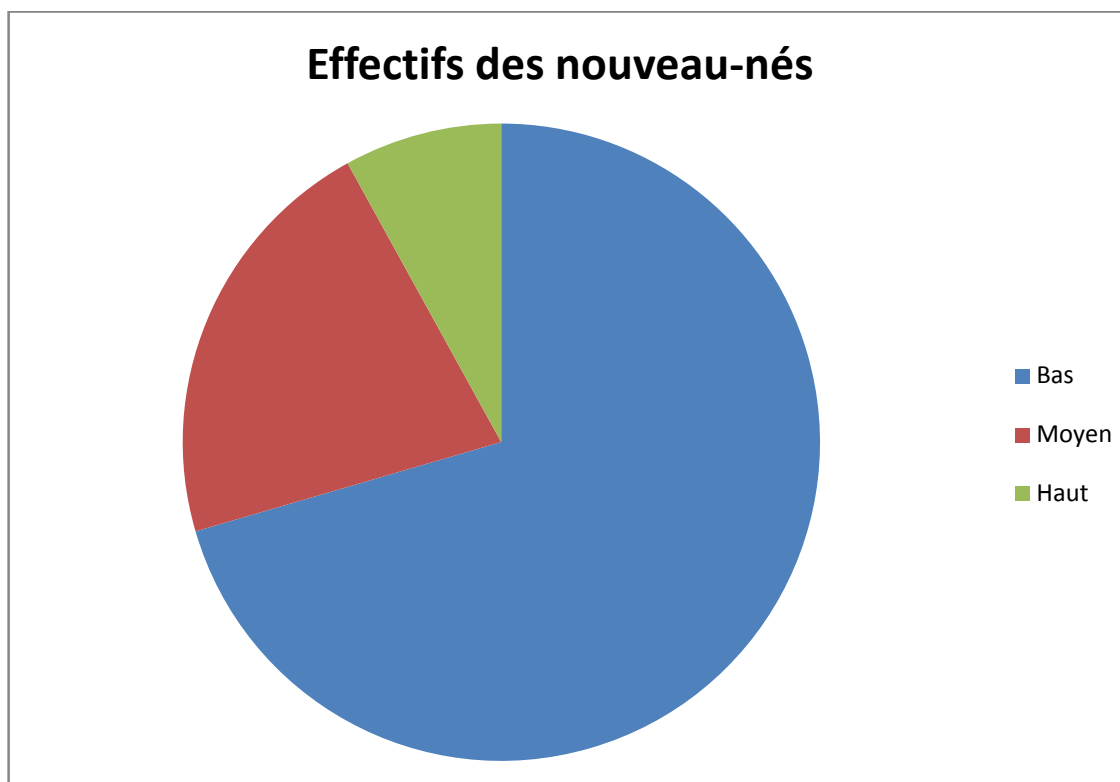


Figure 1 : Les nouveau-nés et le niveau socio-économique de leurs parents.**5-2-4- Age gestationnel**

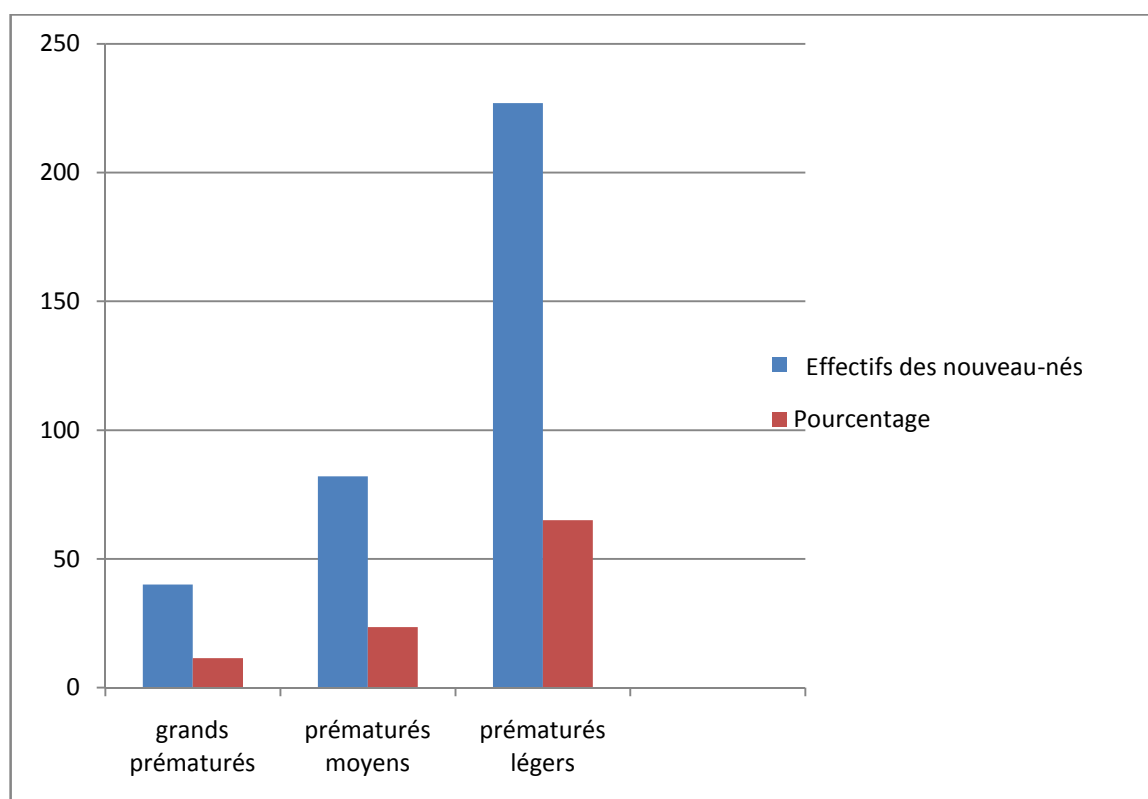
Les prématurés sont schématiquement regroupés en 3 grandes catégories :

- Prématurés de 26 à 30 semaines : grands prématurés
- Prématurés de 30 à 33 semaines : prématurés moyens
- Prématurés de 33 à 36 semaines : prématurés légers

Tableau 18 : Répartition des nouveau-nés selon l'âge gestationnel

Age gestationnel	Effectifs des nouveau-nés	Pourcentage
grands prématurés	40	11,47
prématurés moyens	82	23,49
prématurés légers	227	65,04
Total	349	100

Les prématurés moyens et légers prédominent avec un taux de 88,53%.

**Figure 2 : Les nouveau-nés et leur âge gestationnel**

5-2-5- Prise de poids

Tableau 19 : Répartition des nouveau-nés selon la prise de poids

Prise de Poids \ nouveau-nés	Effectifs des nouveau-nés	Pourcentage
Prise de 15g/jour	121	34,67
Prise de 20g/jour	176	50,42
Prise de 25g/jour	52	14,91
Total	349	100

- 121 nouveau-nés ont une prise quotidienne de 15g
- 14,91% seulement des nouveau-nés ont une prise de poids supérieure à 25g
- 176 nouveau-nés ont une de poids de 20g/j

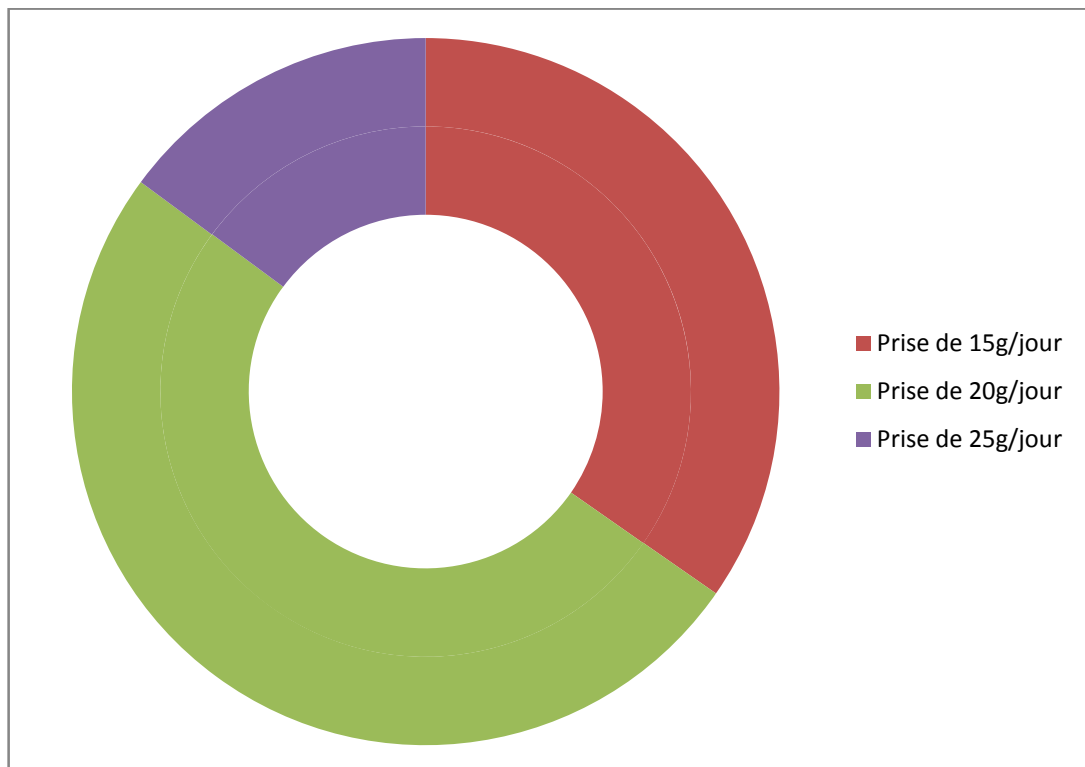


Figure 3 : Les nouveau-nés et la prise de poids par jour

5-2-6- Paramètres vitaux

5-2-6-1- Température

Sa prise est essentielle pour la surveillance du nouveau-né. Une anomalie est signe d'alerte.

Tableau 20 : Répartition des nouveau-nés selon la température

Température des nouveau-nés	Effectifs des nouveau-nés	Pourcentage
Hypothermie <36,5°C	16	4,58
Hyperthermie > 38,5°C	18	5,15
Température normale	315	90,27
Total	349	100

9,73% des nouveau-nés ont présenté des températures anormales. Ils ont été pris en charge par le pédiatre.

5-2-6-2- Bien-être

Dans notre étude, 76 nouveau-nés ont eu des problèmes respiratoires à type d'apnée de moins de 20 secondes avec une diminution du pouls.

Vingt quatre d'entre eux n'ont pu être réanimés (6%).

Pour apprécier la détresse respiratoire, le service utilise un test de Score de Silvermann

Tableau 21 : SCORE de Silvermann (5)

Score	Tirage intercostal	Entonnoir Xiphoidien	Balancement Thoraco- abdominal	Geignement respiratoire	Battement des ailes du nez
0	Absent	Absent	Gonflement respiratoire synchrone	Absent	Absent
1	Visible	Discret	Gonflement inspiratoire abdominal seul	A peine audible (stéthoscope)	Discret
2	Marqué	Important	Gonflement abdominal thoracique	Nettement audible	Marqué

5-2-5- Surveillance de l'alimentation

L'alimentation au sein a été pratiquée chez 336 nouveau-nés soit un taux de 96,27% chez 13 nouveau-nés des méthodes d'alimentation alternatives ont été utilisées comme :

- Expression du lait maternel directement dans la bouche
- Alimentation à l'aide d'une tasse.

L'alimentation au biberon n'a pas été envisagée. Dans le service les nouveau-nés de très petit taille sont alimentés toutes les deux heures, les nouveau-nés d'une taille légèrement supérieure toutes les 3h.

La quantité de lait pour l'alimentation du nouveau-né est progressivement accrue de la manière suivante :

- Pendant une période initiale. Pouvant aller jusqu'à 5 jours augmenter lentement la quantité totale et la quantité par période d'alimentation pour aider le nouveau-né à s'habituer à s'alimenter par voie entérale.

- Après 5 jours augmenter progressivement la dose pour atteindre la quantité nécessaire à l'âge du nouveau-né
- Au 14^e jour le nouveau-né doit prendre 200ml/kg/jour ce qui est la quantité requise pour une croissance continue.

Quand le nouveau-né commence à s'alimenter exclusivement au sein et qu'il n'est pas possible de mesurer la prise de lait, la seule façon de déterminer si le nouveau-né s'alimente correctement est de vérifier les gains de poids.

On n'a pas observé de mère séropositive à VIH (toutes les mamans étudiées ont reçus un teste HIV)

5-2-8- Séjour hospitalier

Il varie selon les paramètres vitaux, le gain de poids et l'alimentation

Tableau 22 : Répartition des nouveau-nés selon le séjour hospitalier

Nombre de jour d'hospitalisation	Effectifs des nouveau-nés	Pourcentage
1 à 10 jours	44	12,60
11 à 15 jours	223	65,01
16 à 30 jours	82	22,39
Total	349	100

La durée maximale de séjour hospitalier d'un nouveau-né suivant la technique « Kangourou » est de 30 jours pour « pénurie des salles ».

En bref un bébé de 900g est resté plus de 6 mois à l'hôpital (service Néonatal) et a pu sortir vivant avec un poids de 2200g à la sortie.

5-2-9- Echec

On parle d'échec lorsqu'on n'arrive pas à :

- Avoir un gain de poids suffisant pour la croissance du bébé

- Corriger les troubles respiratoires fréquemment rencontrés chez les prématurés et les nouveau-nés de petit poids.

Ces échecs aboutissent à long terme au décès du nouveau-né.

On a enregistré 24 décès dont les causes probables sont :

- La grande prématurité : les organes vitaux sont immatures et ne sont pas compatibles avec la survie.
- Les apnées rebelles aux thérapeutiques
- Les infections

Les taux de mortalité est de 6,87%

5-2-10- Maniement ambulatoire

A leur sortie de l'hôpital les bébés « kangourou » sont suivis pendant une période allant de 1mois à un an.

Le suivi est quotidien, bihebdomadaire, hebdomadaire, bimensuel, mensuel, suivant l'état de bébé.

Au total 417 est suivi en ambulatoire au cours de l'année. Mais 52 sont « perdus » de vue (12%) pour raisons :

- Décès à domicile non déclarés au responsable de service
- Manque d'assiduité des parents à cause des contraintes des visites rapprochées, du désespoir de voir leurs progénitures si petites si fragiles.

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

1-Commentaires

1-1- Structure du service

L'idée de services spécifiquement dédiés à la prise en charge des malades gravement atteints a germé dans l'esprit de Florence Nightingale en 1852 lorsqu'elle avait constaté que les malades en détresses étaient mieux traités lorsqu'ils étaient regroupés dans des structures spécifiques plutôt que lorsqu'ils étaient laissés éparpillés dans des services qui les avaient initialement accueillis(31).

La première unité de soins intensifs pédiatriques au monde a été créée en Suède vers 1956 par G.Hugland(31).

La réanimation néonatale est un service autonome. Elle fait face à des situations sans espoirs lors des réanimations des bébés mais souvent elle s'en sort plutôt bien grâce au dévouement et à la compétence du personnel.

Si l'on note que la population atteinte est néonatale ou pédiatrique, on imagine sans peine l'importance de la perte subie en terme d'espérance de vie et de la productivité ce qui tendrait à valider l'existence de telles structures.

L'unité Kangourou à la maternité de Befelatanana récemment créée en 2002 dans la salle de Physiologie obstétricale n'est plus assez vaste pour recevoir des bébés à problème de plus en plus nombreux.

Le deuxième problème est la proximité des salles d'hospitalisation du service obstétrique II où on rencontre quelquefois des infections matérno-infantiles.

Le personnel de santé travaillant dans l'unité Kangourou est très compétant mais est souvent débordé en cas de nombreuses urgences graves. Aussi il est nécessaire de recruter et de former d'autres agents de santé qualifiés pour que les visites des soins Kangourou en ambulatoire soient plus fréquentes.

Les Soins Kangourou sont l'objet de multiples préjugés sanitaires positifs ou négatifs ; les uns y voient les liens d'excellents progrès médicaux d'autres celui d'un moyen de bord fondé sur des bases empiriques témoins d'un sous développement médical.

Le service de réanimation néonatale devrait être doté des matériels sophistiqués comme les incubateurs, les couveuses disent les esprits critiques.

Dans les pays développés, on a tendance à croire que les soins sont plus efficaces s'ils font plus intervenir la médecine.

Cependant, imaginez un peu ce que peut ressentir un tout petit bébé dans une couveuse, intubé seul et sans aucun contact humain avec pour seul bruit à entendre celui des machines médicales qui l'entourent.

Une grande prise de conscience dans le sens d'une humanisation des soins de nouveau-né prématuré ou hypotrophe est souhaitable. La méthode Kangourou y contribue : elle aide le nouveau-né à s'intégrer au sein de sa famille avec les bénéfices sur le plan social, psychoaffectif et aussi économique sans mettre en jeu ni la vie de nouveau-nés ni la qualité de sa survie.

1-2- Concernant la situation générale

La prévalence des soins Kangourou est difficile à évaluer ou à comparer car dépend des pays surtout en développement, de la période d'étude, des caractéristiques de la population étudiée, de la formation du personnel médical, du niveau intellectuel de la population, du contexte socio-économique. La méthode Kangourou est en voie de vulgarisation dans l'île.

Le nombre d'admission est de 2512 chiffre légèrement supérieur à celui de l'année précédente(32).

Parmi ces naissances, 441 ont présenté des problèmes et ont bénéficié des soins Kangourou.

349 nouveau-nés sont hospitalisés, 92 en ambulatoire.

1-3- Niveau socio-économique

- Les parents des bébés Kangourou, à bas niveau socio-économiques prédominent avec 70,48%; ceux du niveau moyen sont à un taux de 21.48%.
- Seuls 8.04% des nouveau-nés ont des parents de haut niveau socio-économique.

Ces résultats reflètent l'existence d'une pauvreté flagrante.

Or d'après la littérature, la principale cause de « petit poids à la naissance », est la malnutrition maternelle conséquence de la pauvreté(33).

L'incidence annuelle des nouveau-nés de petit poids à la naissance en constitue d'ailleurs un indicateur fidèle dans les pays en développement.

1-4- Age gestationnel

- Les grands prématurés représentent 11,47% des cas. Ils sont pratiquement peu viables si l'on ne dispose pas de centre spécialisé avec des soins intensifs adéquats et immédiats.

Un exploit est à mettre à l'actif au service de néonatalogie et de l'unité Kangourou. Un nouveau-né de 900g soigné dans le service pendant une longue période a pu sortir vivant avec un poids de 2 200g. Au mois de Mai 2008, le nouveau-né pesait 5 650g à l'âge de 18 mois.

Tout cela témoigne de :

- La compétence
- De l'assiduité
- Du dévouement des agents de santé

Les issues des autres nouveau-nés ne sont pas connues.

- Les prématurés moyens sont à un taux de 23,49%

Les risques sont majeurs, mais diminuent l'âge gestationnel.

- Les prématurés légers.

Le pronostic est favorable en général même avec de faibles moyens. Les troubles respiratoires et neurologiques sont surtout à rattacher aux circonstances de l'accouchement.

A la lumière des résultats sur l'avenir des nouveau-nés de faibles poids et de l'article publié récemment par Hack et Fanaroff, il semble qu'il soit difficile d'améliorer le pronostic des nouveau-nés de poids de naissance extrêmement faible malgré les progrès des soins intensifs néonataux. (34)

1-5- Gain de poids

Il est indicateur de la croissance de nouveau-né.

On apprécie la croissance et le développement du nouveau-né par l'observation de plusieurs indicateurs.

- Le poids
- La taille
- Le périmètre crânien
- Le périmètre thoracique
- Le périmètre brachial
- Le pli cutané
- Le développement des dents.

Seul le poids intéresse les Soins Kangourou

La pesée est la méthode la plus courante pour surveiller la croissance.

- 34,67% des nouveau-nés ont une prise de 15g/jour
- La moitié des nouveau-nés ont un gain de poids de 20g/jour
- 14,91% 25g/jour

On constate que le nouveau-né ne grandit pas toujours assez

Les raisons sont doubles :

- il s'agit le plus souvent de problème d'alimentation insuffisante.
- la mère ne garde pas son nouveau-né tout le temps sur elle.

Cela a un impact sur le développement du nouveau-né car maintenir sa température demande au nouveau-né trop d'énergie, il ne peut plus grandir.

C'est là que tous les membres de l'équipe médicale interviennent pour essayer de remotiver les parents et leur expliquer encore et sans se lasser les principes et la pratique de la technique « Kangourou ».

1-6- Paramètres vitaux

1-6-1- Température

- 90,27% des nouveau-nés ont une température normale
- 4,58% des bébés sont hypothermiques
- 5,15% ont une hyperthermie

La régulation thermique est un problème majeur pour les nouveau-nés de faible poids.

Le contact peau contre peau fournit une protection thermique effective et peut réduire le risque d'hypothermie due à un mauvais contact.

Le père peut réellement contribuer efficacement à la conservation de la chaleur d'un nouveau-né à faible poids en dépit de ce qu'a affirmé un rapport initial selon lequel la prestation des hommes est moins bonne pour la protection thermique **(35) (36)**

1-7- Bien être

Il est représenté par 2 paramètres

- Le pouls
- Respiration

Il a été l'objet d'une explication d'une instruction sérieuse. La mère a été conscientisée sur les risques de crises d'apnée.

Dans notre série 76 nouveau-nés ont présenté des épisodes d'apnée de moins de 20 secondes associés à une bradycardie.

Les interventions du médecin ont permis de sauver 52 nouveau-nés.

La fréquence respiratoire normale d'un prématuré et d'un nouveau-né de faible poids est de 30 à 60 respirations par minute, et la respiration alterne avec des instants de non-respiration (apnée). Néanmoins, si les intervalles deviennent trop longs (20 secondes ou plus) les lèvres et le visage du nouveau-né deviennent bleus (cyanose), son pouls est anormalement bas (bradycardie) et sa respiration ne revient pas spontanément, agissez rapidement ; il y a un risque de lésion cérébrale. Plus le nouveau-né est petit ou prématuré, plus les crises d'apnée sont fréquentes. Au fur et à mesure que le nouveau-né approche de ce qui correspondrait à une naissance à terme, la respiration devient plus régulière et les cas d'apnée moins fréquents. Les travaux de recherche montrent que le contact peau contre peau peut rendre la respiration plus régulière chez les prématurés et peut réduire la fréquence des crises d'apnée. Quand elle apparaît tardivement, l'apnée peut aussi être un symptôme de maladie(37).

La mère doit être consciente des risques de crise d'apnée ; elle doit être capable de reconnaître les manifestations, d'intervenir immédiatement et de chercher de l'aide si elle est préoccupée.

1-8- L'alimentation

Elle est rendue difficile par l'imperfection du réflexe de succion et l'insuffisance de la force de succion du nouveau-né (surtout avant la 34 e semaine)

Le lait maternel est préférable, de loin au lait artificiel.

L'allaitement au sein malgré certaines difficultés a été utilisé chez tous les nouveau-nés.

L'allaitement maternel est indispensable pour les prématurés et les nouveau-nés de faible poids à la naissance.

Les avantages sont considérables :

- C'est un mode d'alimentation, facile à utiliser ne nécessitant qu'un minimum de préparation (toujours prêt) (38) (39) (40)
- C'est un lait bon marché, il ne coûte que l'alimentation de la mère (et son affection pour le nouveau-né)

- Il est normalement et continuellement adapté au nouveau-né au point de vue qualité et quantité, le lait maternel varie notablement du débit à la fin de la tétée, du débit à la fin de l'allaitement
- C'est un lait normalement stérile et facilement digestible.

Les mères adolescentes, les primipares et les mères de très petite taille ont besoin d'être encouragées, aidées en soutenues encore d'avantage durant leur séjour dans un établissement et par la suite à domicile.

1-9- Séjour hospitalier

Il est variable et dépend de l'évolution des paramètres vitaux, la prise de poids et l'alimentation

- 65,01% des nouveau-nés ont séjourné plus de 10 jours à l'Hôpital
- 22,39% sont restés jusqu'à 10 jours

1-10- Issue des bébés « Kangourou »

Vingt quatre décès sont à déplorer (5%).

Les causes évoquées sont la grande prématurité, les apnées rebelles au traitement, les infections, l'hypothermie.

1-11-Maniement ambulatoire

Quatre cent dix sept(417) bébés « Kangourou » sont suivis périodiquement en ambulatoire.

Cinquante deux sont « perdus » de vue.

Les causes probables sont :

- Décès a domicile non rapportés au responsable du service alors que c'est indispensable pour le besoin de statistique.
- Inconscience des parents vis-à-vis de la santé de leurs bébés de faible poids.

En effet pour certains parents porter son enfant jour et nuit, être à sa disposition pour l'alimenter tous les deux heures et s'investir à 100% pour l'aider à entrer dans la vie est fatigant.

Cependant on peut dire :

Oui, faire un bébé, c'est épuisant et cela demande un investissement total ! Qui a dit qu'être parent était une chose facile ? (41) (42)

2-Suggestions

2-1- Enonces du problème

Problèmes rencontrés	Causes possibles
a) Mères et familles désorientées sur les soins « kangourou » dans la plupart des cas Résistance des mères et des familles	<p>➔ manque d'information sur les « soins kangourou »</p> <p>➔ manque de soutien à l'hôpital et pendant le suivi</p> <p>➔ soutien inadéquat de la part de la famille et de la communauté.</p>
b) Suivi de la croissance difficile	<p>➔ Manque de normes adéquates : pas de schémas de croissance appropriés</p> <p>➔ Mauvaise condition socio-économique</p> <p>➔ Mauvaise observance des directives pour l'allaitement au sein</p>
c) Forte proposition des « perdues » de vue	<p>➔ Manque de motivation des parents</p> <p>➔ Manque d'assiduité</p>
d) Pénurie du personnel qualifié	<p>➔ Manque de formation adéquate et de formation continue</p> <p>➔ Fardeau pour le système de santé</p>

2-2-Suggestions

Devant les problèmes, obstacles et difficultés rencontrés, nous émettons les propositions suivantes :

2-2-1- Renforcement de l'IEC sur le technique « kangourou »

La communication pour le changement de comportement (CCC) est indispensable.

En effet elle permet de :

- Faire connaître la technique en insistant sur ses bienfaits malgré quelque contrainte.
- Sensibiliser les familles à être assidues lors de la pratique de la méthode.

Les soins que requièrent ces nouveau-nés deviennent souvent un fardeau pour les systèmes sociaux

Pour beaucoup de petits nouveau-nés nés avant terme et hypotrophes, des soins médicaux prolongés jouent un rôle important.

Les soins « kangourou » sont toutefois un moyen efficace de répondre au besoin de chaleur, d'allaitement au sein, de protection contre les infections, de stimulation, de sécurité et d'amour du nouveau-né.(43) (44) (45)

2-3- Participation du père et de la famille

Il est très important de faire participer le père et toute la famille au portage car faire du kangourou c'est fatigant et il est important de stimuler la solidarité familiale. De plus le père comprendra mieux pourquoi sa femme reste à l'hôpital et c'est important pour charger la mentalité fataliste en relation avec les bébés prématurés.

Un prématuré et une hypotrophie ont vraiment besoin de soins mais aussi de toute la tendresse et tout l'amour de la mère et de son papa. (46) (47) (48) (49)

Les pères ont alors un rôle à jouer :

- Ecoute
- Compréhension
- Dédramatisation
- Participation active au soin
- Soutien psychologique et moral de la mère

2-4- Soutien aux familles

Il est axé sur :

- Des séances d'informations collectives sur les bénéfices de:
 - L'allaitement maternel, la vaccination, l'alimentation solide et diversifiée,
 - La manière de stimuler l'enfant,
 - Le développement de l'enfant,
 - Les gestes à ne pas faire,
- Des visites à domicile :
 - Avec un travailleur social,
 - A l'entrée dans les programmes s'il y a quelques doutes sur l'aptitude de la famille à appliquer la méthode.
 - Lorsque les parents manquent un rendez-vous,
 - Pour vérifier les conditions générales d'hygiène de la famille et identifier l'aide dont elle peut avoir besoin.
 - En cas de problème, les mères peuvent à tout moment joindre un membre de l'équipe.

Ainsi le nombre de « perdus » de vue peut diminuer.

2-5- Dotation de matériels

Elle permet de faire face au déficit du suivi de la croissance.

Le service Unité Kangourou doit avoir ses propres matériels :

- Balances précises
- Schémas de croissances appropriées

2-6- Formation du personnel de santé

La Technique Kangourou exige une formation d'agents de santé hautement spécialisés et qualifiés.

Un agent de santé bien formé est capable de :

- Evaluer l'alimentation au sein et les méthodes d'alimentation de substitution.

- Faire du conseil et dépistage volontaire des parents :
 - o Conseils pour l'alimentation des nouveau-nés
 - o Alimentation de substitution appropriée pour les prématurés
 - o Produits de substitution à l'alimentation sûre
- Améliorer ses compétences en matière de communication de soutien ;
- Encourager les mères et pères à exprimer leurs sentiments et leur amour à leur nouveau-né en étant assidus aux contraintes des visites périodiques.

2-7- Création de nouvelle salle d'hospitalisation

Deux grands problèmes affectent le service de néonatalogie :

- L'insuffisance en personnel infirmier
- L'insuffisance des salles d'hospitalisation

De nombreux bébés n'ont pu être hébergés aussi longtemps que possible par manque de salles d'hospitalisation.

En effet, les places libres sont rares. Cependant les enfants hospitalisés en salle de réanimation néonatale doivent être transférés en salle d'hospitalisation dès la moindre amélioration de leur état, dès la présence d'infection dans le service.

Beaucoup de bébés Kangourous sont mis en ambulatoire à cause de la surpopulation infantile du service.

Il existe un réel besoin, une nécessité d'élargissement de la structure par l'ouverture d'une seconde unité de Kangourou.

L'engagement de l'Etat est souhaitable dans la réalisation de la proposition.

2-8- Régionalisation des soins kangourou

La réanimation néonatale et pédiatrique est une gageure dans le pays lorsqu'on connaît les difficultés de la nation en particulier le niveau socio-économique.

Du fait même de l'importance des accouchements dystociques dans plusieurs régions, l'importance de la population pédiatrique et du poids socioculturel et symbolique du nouveau-né dans ces contrées, la prise en charge des nouveau-nés prématuré et hypotrophe est une nécessité culturelle et impérieuse.

L'absence ou l'insuffisance de prévention et de traitement en temps utile des maladies gravidiques explique en partie la fréquence de la gravité de ces pathologies engendrant des enfants « anormaux » par leur poids et leurs structures corporels.

CONCLUSION

Les naissances prématurées et la croissance intra-utérine problématique entraînent de taux élevés de nouveau-né de faible poids, source de mortalité et morbidités néonatales et infantiles importantes. Pour résoudre ce problème des solutions dont la technique « Kangourou » ont été adoptées pour améliorer les soins et obtenir de meilleurs résultats pour les nouveau-nés de faible poids.

La Méthode « Kangourou », inventée par Rey et Martinez à Bogota Colombie en 1978, a été mise au point comme alternative au manque d'incubateurs appropriés pour des nouveau-nés avant terme.

Elle est une méthode naturelle issue du bon sens.

Le nouveau-né placé entre les seins de la mère entre en contact direct avec sa peau et tous deux doivent rester en position verticale 24h/24h même la nuit, la maman dort à demi-assise pour éviter les apnées de son nouveau-né.

La mère sert au bébé immature de source de chaleur et d'alimentation. La technique permet d'établir un meilleur équilibre émotionnel entre la mère et le bébé.

Une étude rétrospective réalisée au service de GOB, service de Néonatalogie en 2007 a permis de faire ressortir les points suivants :

- L'effectif des nouveau-nés à qui on a pratiqué la technique « Kangourou » est de trois cent quarante neuf(349).
- Ces bébés ont été issus des accouchements par voie basse à problème et par césarienne.
- Le poids des nouveau-nés varie de 900 à 1900g
- L'alimentation au sein a été privilégiée
- Le taux de mortalité néonatale est de 6,87%
- Cinquante deux nouveau-nés sont « perdus de vue » en ambulatoire.

De nombreuses propositions ont été avancées pour améliorer la prise en charge des bébés « kangourou »

- Renforcement de la CCC sur la technique « kangourou »

- Participation du père et de la famille
- Soutien aux familles
- Formation du personnel de santé
- Dotation de matériels
- Création de nouvelle salle d'hospitalisation
- Régionalisation des « soins kangourou »

La survie des bébés « kangourou » est un défi majeur que doit relever la communauté. Elle passe d'abord par l'éducation de la population puis par l'organisation du système de santé en insistant sur la régionalisation du soin et la hiérarchisation des structures. Elle passe également par la répartition judicieuse des moyens et l'évaluation périodique des résultats afin que la réanimation néonatale lorsqu'elle s'impose puisse répondre à sa vocation : « sauver la vie dans toute sa plénitude ».

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET WEBOGRAPHIES

- 1 UNICEF. La situation des enfants dans le monde 2001 : la petite enfance. New York : UNICEF, 2003 :102-105.
- 2 Lansac J, Berger C, Magnin G. Le prématuré obstétrique pour le praticien. Paris : Masson ,1997 : 297-301.
- 3 Sagot P, Lopess P. L'accouchement prématuré. Mises à jour en Gynécologie obstétrique. Paris : Vigot, 1998.
- 4 Bréart G, Dehan J, Paris-Lado J, Tournaire M. Le prématuré. Paris : Vigot, 1994 : 121-132 .
- 5 Laplane R,Lasfargues G. Le Prématuré : Fonctions organique et leurs troubles. Abrégé de Pédiatrie. Masson, 1998 : 47-48.
- 6 Fournie A, Pontonnier. Les retards de croissance intra utérine. Obstétrique Marketing/Ellipes, 1995 : 626-630.
- 7 Boulot P, Giacalone PL.Hypotrophie fœtale : physiopathologie, prévention. J GynécolObstBiolReprod 1992 ; 21 :851-852.
- 8 Rakotoarimanana DR. Quelques problèmes liés à la prématurité et à l'hypotrophie. Cours de Puériculture et de Pathologie du Nouveau-né. Faculté de Médecine d'Antananarivo et de Mahajanga, 1998.

- 9 OMS. La méthode Kangourou. La méthode « Mère kangourou ». Genève : Guide Pratique OMS, 2005.
- 10 ReyES,MartinezHG.ManejoRacionaldelninoprematuro .Bogota :UniversidadNacionalCurse de MedicinaFetal,UniversidadNacional,1993.
- 11 MinSanPF. Principe de la méthode « kangourou ». Module de formation technique du bébé kangourou.MinSanPF, 2003.
- 12 Schekelle PG Clinical Guidelines, Developing guidelines. British Méd J 1999; 318: 593-596.
- 13 Bergman NJ, JürisooLA. The “Kangaroo-method” for treating low birth weight babies in a developing country. Trop D 1994; 24: 57-60.
- 14 CattaneoA et al. Kangaroo mother care in low-income countries. J trop Ped 1998; 44: 273-282.
- 15 Andreson GC. Current knowledge about skin-to-skin (kangaroo) care for preterm infants. J Per 1991; 11: 216-226.
- 16 OMS. La protection thermique du nouveau-né: guide pratique. Programme Maternité sans risque. Genève : OMS, 1993.

- 17 Lincetto O, Nazir AI, Cattanco A. Kangaroo Mother Care with limited resources. *J trop Ped* 2000; 46:293-295.
- 18 WHO. Managing new born problems. A guide for doctor's nurses and mid wires. Geneva: WHO 1997; 100:522-625.
- 19 Charpak N, RuizPelaiez J G, Figueroa de Calume Z. Current knowledge of kangaroo mother intervention. *C Opt Ped* 1995; 25:691-703.
- 20 Kambarami R A, Chidede O, Kowo DT. Kangaroo care for low birth weight infants a randomized controlled trial in different settings. *A Ped* 1998; 87:976-985.
- 21 Whitelaw A, et al. Skin-to-skin contact for very low birth weight infants and their mother. *Archives of Disease in Child hood*, 1988; 63: 1377-1381.
- 22 UNICEF. Le conseil en allaitement. Cours de formation : guide de formateur UNICEF, 1999 ; 93 : 33-28.
- 23 Hylander MA, Strobino DM. Human milk feedings and infection among very low birth weight infants. *Ped* 1998; 102:38.
- 24 Schanler RJ, Shulman RJ. Feeding Strategies for premature infants: beneficial outcomes of feeding fortified human milk versus preterm formula. *Ped* 1999; 103: 1150-1157.

- 25 Syfrett EB, et al. Early and virtually continuous kangaroo care for lower risk preterm infants effect on temperature, breast feeding, supplementation and weight. Proceedings of the biennial conference of the council of Nurse. Washington: DC Rese arches, 1993.
- 26 Southeimer D et al. Pitfalls in respiratory monitoring of premature infants during kangouroo care. Arch D C 1995; 72: F1 115-117.
- 27 Bennet FC, Robinson NM. Growth and development of infant 1000-2000gm; a six year experience. J Ped 1993; 102: 74-78.
- 28 Diamond JD, et al. the relations ships between birth weight and arm and chest circumference in Egypt. J Trop ped 1991; 37: 323-326.
- 29 Schmidt E, Wittrecich. Care of the abnormal newborn: a random controlled trial study of the "kangaroo method" of care of low brith weight new bors. Consensus Conference on Appropriate Technology Following Birth, Trieste, Regional Office for Europe: WHO, 1986:7-11.
- 30 OMS. Low birth weight. A tabulation of available information. Genève : OMS, 1992.
- 31 Whberg V, AffonsoD. Kangaroo mother program an alternative way of caring for low birth weight infants. Col Stu Ped 1997; 94:804-810.

- 32 TSARAFIHAVY NampoinaAndritiana. La technique kangourou “trotro ankoditra” à Madagascar. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de médecine d’antananarivo ,2005 ; 7326.
- 33 Blossner M, Onis M. Levels and patterns of intra uterine growth retardation in developing countries. *European J Clin Nutr* 1998;52: 5-15
- 34 Hack M, Fanaroff AA. Outcome of extremely low birth weight infants between 1992 and 1998. *N Engl J Med* 1999; 24: 1642-1647.
- 35 Christersson K. Fathers can effectively achieve heat conservation in healthy newborn infants. *Acta pæd* 1996; 85: 1364-1380.
- 36 Ludwig T, von Hoesel SM and al. Select physiologic measures and behavior during paternal skin contact with Colombian preterm infants. *J Dev Phys* 1992; 18: 223-232.
- 37 Hurst NM et al. Skin to skin holding in the neonatal intensive care unit influences maternal milk. *J Pediatr* 1999; 17: 213-217.
- 38 Agence de la santé publique du Canada. Rapport sur la santé périnatale. Ottawa, 2008.
- 39 Louise Seguin MD MPH. Naissance de petit poids. Montréal : Médecine sociale et préventive, <http://www.hinnovic.org/naissances-de-petit-poids.php3>, 2009.

- 40 Le bébé prématuré. <http://sante-az.aufeminin.com/w/sante/s65/bebe-grossesse/bebe-premature.html>, 2009.
- 41 Pr P Rambaud. PRÉMATURITÉ ET HYPOTROPHIE A LA NAISSANCE
Épidémiologie, causes et prévention. Service de médecine néonatale et
réanimation. <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/neonat/PREHYPNNE/Prehypnntext.html>, 2009.
- 42 D Oriot. L'hypotrophie. Rennes. Institut mère enfant. <http://www.med.univ-rennes1.fr/etud/pediatric/hypotrophe.htm>, 2009
- 43 Bébés prématurés. http://sante-medecine.commentcamarche.net/contents/grossesse/10_les-bebes-prematures.php3, 2009.
- 44 Mass. Méthode Kangourou ou une technique qui fait ses preuves.
<http://www.web-libre.org/dossiers/methode-kangourou,2515.htm>, 2007.
- 45 Méthodes Kangourou. <http://www.bebechou.fr/Porter-bebe/Generalite/methode-kangourou.html>, 2009.
- 46 UNICEF. La méthode Kangourou une couveuse naturelle
<http://www.destinationsante.com/La-methode-kangourou-une-couveuse-naturelle.html>, 2006.
- 47 David Cadasse. La méthode Kangourou : La couveuse du pauvre.
<http://www.afrik.com/article2291.html>, 2001.

VELIRANO

« Eto anatrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-nianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity ary eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE.

Dia manome toky sy mianiana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharham-pitsaboana.

Ho tsaboiko maimaimpoana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana naoviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamoaafady na hanamoràna famitàn-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Hotoavin'nympiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy horabirabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany. »

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de Thèse

Signé : **Professeur FIDISON Augustin**

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : **Professeur RAJAONARIVELO Paul**

Name and first names: RAFANOMEZANTSOA Heriniaina Jean Adolin

**Title of the thesis: THE METHOD KANGAROO TO THE MOTHERHOOD OF
BEFELATANANA SOME 2007**

Heading: Public Health

Number of pages: 65

Number of figures: 06

Number of references bibliographic: 37

Number of tables: 22

SUMMARY

In the world every year one counts a few 20 millions of newborn of weak weight: they are born before term or endured deficiencies of prenatal growth.

Born in a motherhood of Bogota in Colombia to supply the lack of incubator the method kangaroo is used for the premature children and hypotrophy's.

A retrospective survey achieved during the year 2007 is about this technique practiced to the unit kangaroo, with as objective to value the hold in charge of the fragile beings, the babies of small weights.

441 are newborn of which 349 hospitalized and 92 in ambulatory benefitted from this technique.

The level socio - economic of the parents is in general low; the premature are the most numerous. An exceptional case has been observed a baby of 900g to the birth could leave living of the motherhood with a weight of 2200g. 24 deaths have been counted. 52 "lost of view ".

The advanced suggestions are about the backing of the communication on the change of behavior on the technique kangaroo, the support to the families, the formation of the health staff, the endowment in material, the creation of new room of hospitalization, and the regionalization of care kangaroo.

Keywords: kangaroo-premature-hypotrophe-taken of weight-food to the breast.

Director of the thesis : Professor FIDISON Augustin

Reporter of the thesis : Doctor RANDRIANARISON Louis Pascal

Address of author : Cité U Ambolonkandrina Bloc C5Tanà II

Nom et prénoms : RAFANOMEZANTSOA Heriniaina Jean Adolin

**Titre de la thèse : LA METHODE KANGOUROU A LA MATERNITE DE
BEFELATANANA EN 2007**

Rubrique : Santé Publique

Nombre de pages : 65

Nombre de figures : 06

Nombre de références bibliographique : 37

Nombre de tableaux : 22

RESUME

Dans le monde chaque année on compte quelques 20 millions de nouveau-nés de faible poids : ils sont nés avant terme ou ont souffert de déficiences de croissance prénatale.

Née dans une maternité de Bogota en Colombie pour suppléer le manque d'incubateur la méthode kangourou est utilisée pour les enfants prématurés et hypotrophes.

Une étude rétrospective réalisée durant l'année 2007 porte sur cette technique pratiquée à l'unité kangourou, avec comme objectif d'évaluer la prise en charge des êtres fragiles, les bébés de petits poids.

441 sont des nouveau-nés dont 349 hospitalisés et 92 en ambulatoire ont bénéficié de cette technique.

Le niveau socio-économique des parents est en général bas, les prématurés sont les plus nombreux. Un cas exceptionnel a été observé un bébé de 900g à la naissance a pu sortir vivant de la maternité avec un poids de 2200g. 24 décès ont été recensés. 52 « perdus de vue ».

Les suggestions avancées portent sur le renforcement de la communication sur le changement de comportement sur la technique kangourou, le soutien aux familles, la formation du personnel de santé, la dotation en matériel, la création de nouvelle salle d'hospitalisation, et la régionalisation de soins kangourou.

Mots clés: kangourou-prématuré-hypotrophe-prise de poids-alimentation au sein.

Directeur de thèse : Professeur FIDISON Augustin

Rapporteur de thèse : Docteur RANDRIANARISON Louis Pascal

Adresse de l'auteur : Cité U Ambolonkandrina Bloc C5 Tanà II