

LA MÉTHODE MÈRE KANGOUROU ABRÉGÉE DE FORMATION

Science et Tendresse

4

Adaptation intra-hospitalière
et Règles de sortie

Portail de formation de la Méthode Mère Kangourou

Kit et site Educatif pour la mise en œuvre, le renforcement et la mise à jour des Programmes Mère Kangourou. Le Ministère de la Santé de la Colombie, le Programme Alimentaire Mondial des Nations Unies, avec l'appui technique de la Fondation Kangourou, ont préparé ce kit de formation pour tous les professionnels de la santé en charge des soins des enfants prématurés ou / et des nourrissons à faible poids de naissance.

Cet outil résume les connaissances et l'expérience acquises par les pédiatres, infirmières, psychologues, travailleurs sociaux, des physiothérapeutes, des ophtalmologistes, optométristes qui ont reçu une partie théorique et une formation pratique dans la gestion de ces enfants.

Les objectifs de cet outil sont de soutenir la diffusion de la Méthode Mère Kangourou, la réduction de la morbidité et de la mortalité infantile dans le monde et d'améliorer la qualité de la survie des prématurés et des nourrissons à faible poids de naissance.

La version originale a été publiée en espagnol et peut être trouvée sur ce site.

Maternal and Child Health Integrated Program enfants (MCHIP), et JSI Research & Training Inst, ont appuyé la finalisation de la version française avec l'appui financière de Sanofi en Colombie. La coordination de cette version a été assurée par:

Dr. Nathalie Charpak
Pédiatre et Directrice de la Fondation Kangourou en Colombie.

Dr. Hélène Lefèvre-Cholay
Néonatalogie, senior advisor for KMC, JSI Research & Training Inst. France

Ce portail a été fait uniquement à des fins éducatives, et ne devrait pas être utilisé pour des activités lucratives.

Tous droits réservés. Aucune partie de cette publication y compris des vidéos peut être reproduite, stockée dans un système d'extraction, ou transmise, sous quelque forme ou par tout moyen, électronique, mécanique, photocopie, enregistrement ou autre, sans l'autorisation écrite préalable de la Fondation Kangourou, ou les auteurs.

Les vidéos et photographies utilisés dans ce portail d'apprentissage ont reçu de l'autorisation appropriée des parents et / ou tuteurs des enfants prématurés.

TABLE DES MATIÈRES

ADAPTATION INTRA-HOSPITALIÈRE ET LA SORTIE DE L'HOPITAL	4
Introduction	4
1. Adaptation intra-hospitalière à la méthode mère- kangourou	4
1.1 Définition de l'adaptation Kangourou	4
1.2 Logique de l'adaptation intra hospitalière	5
1.3 Etapes de l'adaptation intra hospitalière	6
1.4 Objectifs de l'adaptation kangourou intra hospitalière	13
1.5. Soutien aux parents pendant l'adaptation intra hospitalière	14
1.5.1 Aide psychologique et émotionnelle aux mères	15
1.5.2 Soutien émotionnel aux pères dans le cadre de la MMK	15
1.6 Autres activités d'adaptation à l'hôpital	19
1.6.1. Technique de relaxation pour la mère	19
1.6.2 Visualisation des soins à la maison	19
1.6.3 Reconnaître les peurs et les inquiétudes avant la sortie.	20
1.7 Sessions de formation théorique des parents	20
1.7.1 Caractéristiques des enfants prématurés et concept d'âge corrigé	21
1.7.2 Soins et précautions à prendre à la maison	23
1.7.3 Enseigner les signes de danger/alarme	27
1.7.4 Utilisation de l'oxygène après la sortie	28
1.8 Adaptation à la nutrition Kangourou	29
2. Evaluation de la qualité du processus d'adaptation intra hospitalière	34
2.1. Evaluation de la qualité de l'adaptation de la mère	34
2.2. Evaluer la qualité de l'adaptation de l'enfant à la MMK	36
3. Sortie après l'adaptation intra hospitalière	39
3.1 Critères de sortie de l'enfant	39
3.2 Critères maternels pour la sortie de l'enfant	39
3.3 Critères familiaux pour la sortie de l'enfant	40
Annexe 1	41
Massage de l'enfant prématuré/ de petit poids de naissance en position kangourou	41
Annexe 2	44
Hébergement conjoint mère-enfant kangourou, une alternative à la sortie précoce à domicile	44
Bibliographie	48

1.

ADAPTATION INTRA-HOSPITALIÈRE ET LA SORTIE DE L'HÔPITAL

INTRODUCTION

Les trois composantes de la Méthode Mère - Kangourou (MMK) sont **la position Kangourou** ou contact peau à peau prolongé, **la nutrition Kangourou** basée sur l'allaitement maternel, **et la sortie précoce ou opportune de l'hôpital**, si possible en position kangourou, dès que l'enfant n'a plus besoin de soins spéciaux. L'enfant peut rentrer directement chez lui ou être hébergé temporairement avec sa mère jusqu'à ce que sa croissance soit satisfaisante.

Depuis plusieurs années, la MMK est l'une des stratégies qui permet de réduire la durée d'hospitalisation des enfants de petit poids de naissance, la sortie "précoce" ou "opportune" étant l'alternative à l'hospitalisation pendant la période de croissance stable. La sortie précoce réduit les risques associés à l'hospitalisation y compris les infections nosocomiales. La sortie précoce est sans danger elle est recommandée après une bonne adaptation à la MMK à l'hôpital.

Ce module est basé sur le " Guide pratique basé sur des fait scientifiques pour un usage optimale de la méthode mère- kangourou pour les enfants prématurés et/ou de petit poids de naissance » Ce guide élaboré sous la coordination des Dr J.G. Ruiz et N. Charpak et publié en 2007 par la Fondation Kangourou (Université Javeriana, Bogota - Colombie)

1. Adaptation intra-hospitalière à la méthode mère- kangourou

1.1 Définition de l'adaptation Kangourou

« L'adaptation Kangourou » est le processus qui permet le transfert progressif de la responsabilité des soins de l'enfant prématuré/de petit poids de naissance de l'équipe soignante aux parents. Il s'agit de l'adaptation du point de vue social, émotionnel et physique de la mère et de la famille de l'enfant à la MMK.

Ce processus est graduel, la mère et la famille étant formés systématiquement à toutes les composantes de la MMK.

L'adaptation peut commencer dès la naissance si l'état de la mère et de l'enfant le permettent. Néanmoins la plupart du temps le contact physique et plus particulièrement la position kangourou n'est possible que quand l'enfant a terminé son adaptation immédiate et intermédiaire à la vie extra utérine et qu'il est suffisamment stable pour

être manipulé. L'adaptation continue jusqu'à ce que l'enfant sorte de l'unité néonatale en position kangourou pour être suivi en consultation ambulatoire. Ce module porte uniquement sur l'adaptation intra hospitalière.

L'adaptation débute par l'évaluation de la tolérance de la mère et de l'enfant à la position Kangourou. Les sessions en position Kangourou deviennent progressivement plus longues pour atteindre 24h/24h et d'autre part une attention et une aide importante sont apportées à la mère pour l'aider à allaiter son enfant prématuré/de petit poids de naissance.



Cameroon

L'adaptation doit être terminée avant d'autoriser la sortie de l'enfant.

1.2 Logique de l'adaptation intra hospitalière

L'adaptation Kangourou est une étape indispensable pour le succès de la méthode mère-kangourou.

Tous les membres de l'équipe soignante médecins, infirmières, nutritionnistes, travailleurs sociaux, et psychologues participent à l'adaptation. C'est un processus bien organisé qui aide la mère/la famille à surmonter le stress causé par la manipulation de l'enfant et qui les aide à participer à ses soins et à son alimentation. Les parents apprendront aussi les caractéristiques des enfants prématurés, leur évolution et les signes de danger afin que l'adaptation terminée ils puissent bien connaître leur enfant, avoir confiance et savoir s'occuper de lui.

C'est habituellement une infirmière expérimentée qui coordonne l'adaptation, elle doit avoir une grande expérience de l'allaitement et de la prise en charge du stress. Elle doit avoir une vision globale et dynamique des soins à donner à l'enfant ce qui lui permet d'aider la mère, et de prendre les mesures nécessaires pour atteindre les objectifs de l'adaptation Kangourou.

Dans cette équipe le psychologue joue un rôle important soutenant les parents anxieux de la naissance prématurée et l'hospitalisation de leur petit enfant. L'aide d'un travailleur social est importante pour résoudre les difficultés socio-économiques qui peuvent perturber l'adaptation.

Le succès de l'adaptation intra hospitalière à la méthode mère -kangourou demande à l'équipe soignante du temps et du dévouement.

1.3 Etapes de l'adaptation intra hospitalière

a) Information des mères/parents

Il est fondamental de préparer les parents et surtout les mères avant de débiter la position Kangourou (PK) dont tous les avantages doivent être expliqués en cas de risque d'accouchement prématuré et idéalement durant les visites anténatales de routine. En cas d'accouchement prématuré, les avantages de la PK doivent être rappelés pour motiver la mère à être rester avec son enfant le plus possible en expliquant que le contact peau à peau est la meilleure option pour le nouveau-né pour affronter la transition entre la vie intra et extra utérine .



Ensuite tous les aspects pratiques des visites et séjours prolongés des parents auprès de leur enfant seront donnés aux familles. Les parents vont s'habituer doucement à leur bébé, le touchant, le caressant puis le portant en position kangourou.

b) Identification des couples mère-enfant pouvant bénéficier de la position Kangourou.

Un membre de l'équipe "Kangourou", habituellement une infirmière, est responsable de l'identification précoce des enfants qui pourront bénéficier de la position Kangourou. Cette sélection peut être faite en salle d'accouchement, dans la chambre de la mère si elle est hospitalisée avec son enfant ou quand l'enfant est admis dans l'unité néonatale. Le rôle de l'infirmière "kangourou" est fondamental, elle est le contact privilégié avec la mère, ensuite les différents membres de l'équipe Kangourou informeront la mère des différents aspects de la MMK.

La mère est considérée comme la personne idéale et la plus appropriée pour porter l'enfant en position Kangourou mais si elle est temporairement indisponible le père peut commencer la position kangourou immédiatement.



La première visite des parents à leur enfant dans l'unité de soins intensif est une étape importante dans l'adaptation kangourou. Ces visites et le fait de rester à côté de l'enfant renforcent l'attachement des parents et leur désir de participer aux soins

Le soutien de l'équipe soignante aide les parents à s'attacher à l'enfant et à envisager la sortie avec moins d'anxiété.

Plusieurs études ont montré les bienfaits des programmes de formation et de soutien psychologique des parents d'enfants hospitalisés en soins intensifs qui s'occupent mieux de leurs enfants à l'hôpital et après la sortie.

La véritable adaptation commence souvent à côté de l'incubateur que l'enfant ne peut pas quitter. Il existe parfois une pièce séparée qui permet de faire l'adaptation au calme (si l'enfant est hors de danger), plusieurs mères peuvent y être formées en même temps. Ces formations en groupe permettent aux parents d'échanger des idées, des expériences, d'approfondir leurs connaissances, d'écouter les problèmes des autres et de partager leurs difficultés. Ces échanges aident les parents à mieux gérer leur anxiété. Le fait d'observer des bébés plus petits ou plus gros, plus ou moins malades que le leur permet aux parents d'avoir confiance dans la MMK pour aider leur enfant à se développer au mieux.

c) Evaluation de l'état clinique de la mère et de l'enfant

La décision de commencer l'adaptation kangourou intra hospitalière n'est prise qu'après une évaluation médicale de l'état de santé de la mère, de l'enfant et l'étude de son dossier médical par le médecin.

A partir des informations rassemblées dans le dossier médical, l'infirmière évalue les risques potentiels de chaque enfant pour débiter la MMK. Elle note l'âge gestationnel, le poids, les médicaments reçus et éventuellement le besoin et la saturation en oxygène

L'enfant doit pouvoir supporter les manipulations pour être placé en position Kangourou sans désaturation en oxygène sévère et sans changement important de ses constantes physiologiques. L'enfant doit être guéri de toute maladie grave (infection, instabilité cardio respiratoire, entérocolite, hémorragie intraventriculaire).



A partir des informations rassemblées dans le dossier médical, l'infirmière évalue les risques potentiels de chaque enfant pour débiter la MMK. Elle note l'âge gestationnel, le poids, les médicaments reçus et éventuellement le besoin et la saturation en oxygène

L'enfant doit pouvoir supporter les manipulations pour être placé en position Kangourou sans désaturation en oxygène sévère et sans changement important de ses constantes physiologiques. L'enfant doit être guéri de toute maladie grave (infection, instabilité cardio respiratoire, entérocolite, hémorragie intraventriculaire).

Comme déjà préciser c'est la mère qui est considérée comme la personne idéale pour porter l'enfant en position Kangourou mais si elle est temporairement indisponible le père ou un autre membre de la famille peut la remplacer. Les mères ou les autres soignants du bébé, sont éligibles pour la position kangourou en cas de:

- Absence de maladie contagieuse, de la peau infectieuse et la fièvre.
- La capacité physique et mentale pour gérer l'enfant sous la MMK.
- Volonté de participer à la formation.
- Si le soignant n'est pas l'un des parents, garantie qu'ils ont la capacité, l'engagement et la disponibilité pour effectuer MMC avec les parents ou l'autorisation d'un tuteur légal.

Le degré de prématurité, la durée d'hospitalisation, la présence d'apnées avant l'adaptation et les difficultés alimentaires augmentent l'anxiété et le stress des mères qui débutent l'adaptation. |

D'après les infirmières qui travaillent dans les programmes mère-kangourou les mères ou les personnes qui s'occupent des bébés ont peur de les blesser en les manipulant, de ne pas savoir les porter, de les asphyxier pendant la tétée et de ne pas avoir assez de lait pour les nourrir. Quand les mères commencent à mettre leur bébé en PK il faut aider les à exprimer leurs inquiétudes pour mieux y faire face. Il faut les soutenir avec chaleur et empathie.

Dès le début de l'adaptation et pendant toute sa durée la qualité de la communication entre la mère et l'équipe soignante va conditionner les sentiments de sécurité, de sérénité et de confiance en elle de la mère.

d) Vêtements adaptés pour la mère et l'enfant

Quand la mère est prête à placer son bébé en position kangourou elle doit porter des vêtements adaptés qui s'ouvrent facilement devant comme les blouses d'hôpital. La mère doit avoir les ongles courts, propres et sans vernis. Elle doit avoir une bonne hygiène personnelle particulièrement au niveau de la poitrine qui est en contact direct avec l'enfant. Ses cheveux doivent être attachés et il est recommandé d'éviter de porter des bijoux et du parfum.

Il faut proposer à la mère un système de "portage" pour l'aider à porter l'enfant confortablement car même si elle est capable de porter son bébé dans ses bras, elle ne peut pas le porter continuellement et si elle s'endort le bébé risque de glisser. Il est nécessaire que l'enfant soit maintenu en PK par un système suffisamment solide pour le maintenir attaché contre la poitrine de sa mère sans l'aide des bras maternels mais suffisamment souple pour lui permettre de bouger et de respirer.

Dans de nombreux programmes mère Kangourou un bandeau en Lycra™, une poche, ou une écharpe de portage sont utilisés avec succès.

- Ce bandeau/poche/écharpe peut être utilisé par tous ceux qui portent le bébé.
- Etre facile à baisser pour nourrir ou changer l'enfant.
- Le système de portage donne aux mères une certaine liberté de mouvement leur permettant d'accomplir les gestes de la vie courante comme par exemple manger sans aide.

Il existe sur le marché des chemises en Lycra™ aussi appelées "bodies", ou "haut" qui peuvent être confortables dans les pays chauds. Le système de portage Kangourou (bandeau, poche, haut, body ou n'importe quel système de portage approprié et localement disponible) doit aider la mère à être plus confiante mais ne doit pas remplacer sa surveillance vigilante sur son enfant.

La surface de la tête d'un nouveau-né est très importante comparée à la surface de son

corps, il est donc essentiel de la couvrir avec un bonnet (laine ou coton en fonction du climat) pour prévenir la perte de chaleur.

Il est recommandé d'habiller le bébé avec une chemise sans manche ouverte devant. De cette façon son dos est protégé, il n'y a pas de perte de chaleur par radiation, le thorax et l'abdomen sont en contact direct avec la peau de sa mère. Dans les climats très chauds cette chemise n'est pas nécessaire surtout si le dos de l'enfant est protégé par un bandeau ou une écharpe de portage. Dans les climats très chauds et très humides un tissu humide peut être placé entre le visage de l'enfant et la peau de la mère, enroulé autour du cou de celle-ci pour éviter l'humidité (confort de la mère). L'enfant doit porter une couche qui protège la mère et l'enfant d'inconfort et d'irritation et qui empêche que l'enfant ne se refroidisse.

e) Placer l'enfant en position Kangourou

Il est nécessaire de prendre beaucoup de précautions la première fois que l'enfant est installé en position Kangourou. Un professionnel de santé formé et expérimenté (habituellement une infirmière) doit aider la mère/ou autre personne, jusqu'à ce qu'elle/ils se sentent suffisamment confiants pour installer et porter l'enfant en position Kangourou seuls.



Quand l'enfant est en position Kangourou il est en **position verticale et en décubitus ventral**, sa tête (ses joues) et son corps sont contre le corps de sa mère. Après chaque tétée la tête est tournée de l'autre de côté. Il est important que les voies respiratoires soient perméables. L'enfant ne doit pas être mis en décubitus latéral, les apnées obstructives étant plus fréquentes dans cette position surtout chez les enfants les plus hypotoniques. L'enfant doit avoir une position similaire à celle d'une « grenouille ».

Il faut expliquer à la mère comment tenir et manipuler son bébé facilement et sans risque. La mère doit mettre une main sous le cou et sous le dos, les doigts sous le menton pour empêcher la tête de tomber et de bloquer les voies respiratoire. L'autre main est placée sous les fesses du bébé.

L'infirmière doit faire une brève démonstration pour montrer à la mère ou la personne qui s'occupe du bébé comment manipuler l'enfant.

Malheureusement beaucoup de mères qui ne reçoivent pas suffisamment attention sont "bloquées", incapables de suivre les instructions de l'infirmière pour allaiter ou bien elles hésitent à toucher ou à porter leur enfant. Il est donc souvent nécessaire de refaire l'adaptation jusqu'à ce que la mère se sente confiante et que l'infirmière soit certaine que la mère a tout compris.

Si la position Kangourou n'est pas débutée a la naissance il le faut faire aussitôt que possible.

f) Garder le bébé en position Kangourou



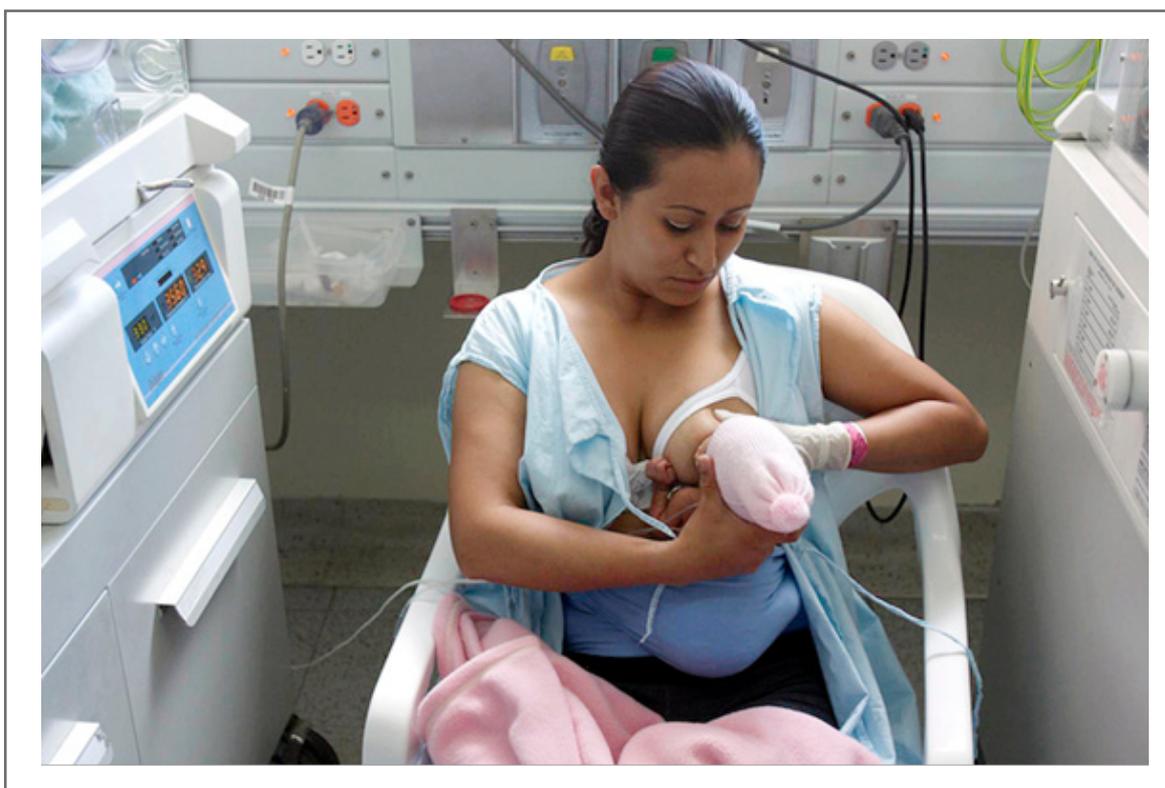
Voir Vidéo: USI Néonatale, ouverte 24 heures sur 24

Il faut expliquer aux parents que l'enfant doit toujours rester en PK qui est sans danger même pendant les changes et l'allaitement. Les tétées peuvent se faire en décubitus latéral qui permet de maintenir le contact peau à peau qui est important car les tétées peuvent être très longues au début de l'adaptation spécialement pour les enfants très prématurés qui sont facilement épuisés par la tétée.

La mère est la personne préférée pour porter l'enfant en PK car la PK favorise la lactation et aide à la mise en place d'un lien solide mère –enfant. Bien évidemment le père peut participer aux soins de l'enfant établissant un lien père –enfant vital pour le futur et aider la mère quand elle en a besoin (par exemple durant sa toilette). Si le père n'est pas disponible ou si il n'est pas culturellement accepté qu'il porte son enfant, les grand- parents peuvent porter l'enfant, en fait tout être humain en bonne santé a une thermorégulation adéquate pour maintenir la température du bébé. Une personne qui désire porter un enfant en PK, ne doit pas avoir de maladie contagieuse, de lésion

cutanée, de fièvre et doit avoir la capacité physique et mentale de prendre soin de l'enfant avec l'autorisation des parents.

L'important est de maintenir l'enfant en contact peau à peau nuit et jour, 24 heures /24. Porter un enfant en PK est particulièrement astreignant et peut être ressenti par certains comme exagéré. La personne qui porte l'enfant doit dormir en position inclinée d'au moins 30°. Les lits dans les unités kangourou et les chaises dans les unités néonatales doivent répondre à ce besoin.



L'allaitement maternel doit être débuté le plus tôt possible pour permettre au nouveau-né de bénéficier des propriétés immunologiques, nutritionnelles et digestives du colostrum.

g) Surveiller l'adaptation à la position Kangourou

Durant la phase d'adaptation à la PK la tolérance de l'enfant et de la mère sont surveillés fréquemment afin de décider si la position peut être maintenue de façon continue et prolongée ou s'il faut l'interrompre. Il est important de surveiller la stabilité de l'enfant, la régularité de sa respiration, son état d'éveil, sa couleur, son aspect général, sa posture, son confort ou inconfort apparent et les périodes de sommeil et d'éveil. L'attitude de la mère doit aussi être surveillée (calme, angoissée, ou autre)

Un membre de l'équipe soignante et un psychologue doivent être disponibles pour-

aider à gérer les crises, les dépressions et les sentiments de solitude ou d'insécurité. Il est important que la mère soit accompagnée pendant l'adaptation par le père ou un autre membre de la famille et plus spécialement quand l'enfant est dépendant de l'oxygène.

Si cela n'a pas été fait précédemment il faut évaluer la capacité de l'enfant à sucer, déglutir et respirer de façon efficace et coordonnée pour faire de l'allaitement un succès.

Il est essentiel de rappeler que les services de néonatalogie doivent permettre un accès libre aux parents qui doivent pouvoir venir voir leur enfant à toutes heures. Des chaises confortables doivent être à leur disposition de même qu'un système de portage (bandeau, poche, écharpe) pour les aider à porter l'enfant en position kangourou pendant de longues périodes de temps, tout en leur permettant de se reposer et même de dormir sans danger pour l'enfant.

1.4 Objectifs de l'adaptation kangourou intra hospitalière

- Apprendre à la mère et aux membres de la famille à prendre soin de l'enfant prématuré/ de petit poids de naissance et à appliquer les recommandations de la MMK pendant l'hospitalisation et après la sortie.
- Diminuer l'anxiété de la mère et l'aider à avoir confiance en elle-même pour manipuler et prendre soin de son enfant. Faire des exercices de relaxation et établir une relation de confiance avec l'équipe soignante
- Aider au développement d'un lien solide mère-enfant
- Développer les capacités de la mère à allaiter.
- Evaluer la capacité de l'enfant à sucer, déglutir et respirer de façon active et coordonnée.
- Identifier les aides possibles au sein de la famille en se basant sur les qualités individuelles.
- Aider les parents à trouver et à coordonner leur systèmes et réseaux d'entre- aide avant le retour de l'enfant à la maison.
- Collaborer avec les familles pour planifier et organiser les soins pour l'enfant après la sortie de l'hôpital.
- Répondre à toutes les questions des parents sur la MMK ou sur d'autres sujets concernant l'enfant.

- Aider les parents à terminer l'adaptation (alimentation, apprentissage des signes de danger et des caractéristiques et du développement de leur enfant prématuré) et les aider à s'attacher à leur enfant.

Les résultats dépendent d'une part des efforts faits, des conditions socio-économiques, de l'éducation et de la force des parents et d'autre part du soutien et du dévouement de l'équipe soignante répondant aux besoins des parents et les aidant à faire face aux nouvelles situations créées par l'état de l'enfant jusqu'à sa sortie du service .

1.5. Soutien aux parents pendant l'adaptation intra hospitalière

L'interruption prématurée de la grossesse, qu'elle soit due à un accouchement prématuré ou à une maladie maternelle ou fœtale affecte l'organisation émotionnelle de la grossesse et le processus normal d'attachement.

D'après Victorian, *i* les parents ressentent de la colère, ils se sentent coupables et anxieux tout au long de l'hospitalisation (60% des mères se souviennent de cette grossesse comme désagréable même après la 3ème semaine d'hospitalisation). La souffrance réelle commence après la naissance quand les parents ont perdu l'espoir d'avoir un enfant en bonne santé. *ii* 77% des mères se sentent coupables et désespérées face à la prématurité de leur enfant qui est perçu comme petit et déformé. *iv*



Quand l'enfant est prêt à sortir de l'unité néonatale, l'état d'esprit des parents varie entre la peur de ramener l'enfant à la maison, l'extrême fatigue liée au temps passé dans le service de néonatalogie et l'appréhension des changements qui se sont produits dans la famille pendant l'hospitalisation de l'enfant.

1.5.1 Aide psychologique et émotionnelle aux mères

L'aide émotionnelle donnée à la mère pendant la période d'adaptation kangourou a pour but de l'aider à faire face à la situation. La mère doute de ses capacités à s'occuper de son enfant, à allaiter et elle a souvent un sentiment d'inutilité. Une écoute dans un environnement chaleureux et empathique l'aide à faire face à la situation.

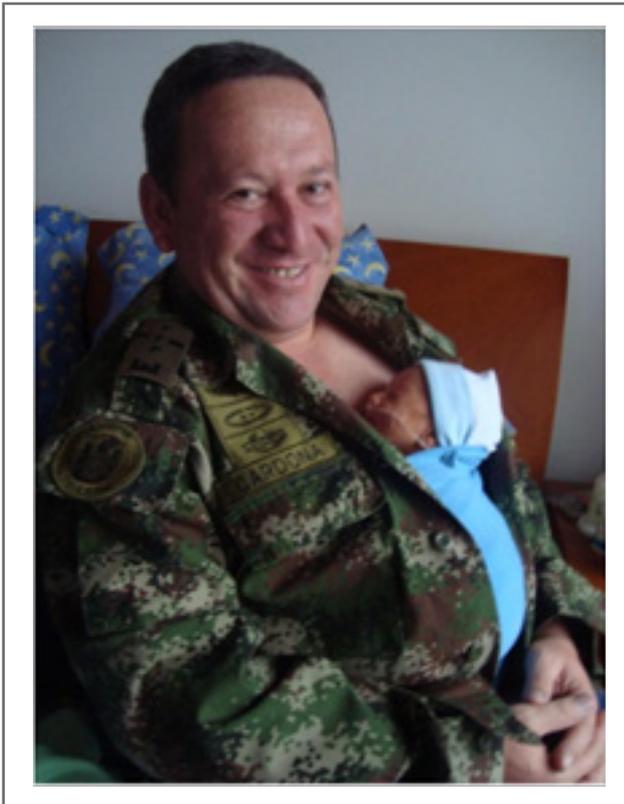
Les conseils suivants aideront les mères dès le début de l'adaptation.

- Etablir un contact personnel et chaleureux avec la mère, utiliser des mots encourageants et stimulants pour créer la confiance.
- Appeler la mère et l'enfant par leurs prénoms.
- Permettre à la mère d'exprimer ses peurs et de poser des questions.
- Aider la mère à comprendre et à interpréter naturellement tout sentiment d'incapacité, ou inutilité qu'elle peut avoir au début de l'adaptation.
- Parler sans élever la voix, avoir une attitude chaude et amicale qui reconforte la mère. Etablir un contact visuel, et physique avec la mère si cela est culturellement autorisé.
- Encourager la mère à avoir une attitude positive, complimenter la sur ce qu'elle fait, "Elle peut être fière d'être une bonne mère étant donné les circonstances difficiles"
- Respecter le lien unique physique et psychologique de chaque mère et de chaque famille.

L'aide d'un psychologue ou d'un psychiatre peut être nécessaire dans les cas de rejet persistant ou en cas de signes de négligence ou d'abandon.

1.5.2 Soutien émotionnel aux pères dans le cadre de la MMK

Il est accepté que le père joue un rôle important dans le développement de l'enfant et dans son adaptation à la société. Il existe des évidences quantitatives mais non qualitatives entre les relations mère-enfant et père-enfant. Au cours du temps le rôle du père a changé. Il y a encore quelques années le père pourvoyait aux besoins financiers et représentait l'autorité dans la famille. Aujourd'hui le père est plutôt vu comme un adulte qui est présent, qui pourvoit aux besoins matériels de l'enfant tout en le protégeant et qui a un rôle direct dans les décisions qui le concerne.



Ces nouveaux rôles sont déterminés par différents facteurs et définis par la sensibilité à l'attachement, et les interactions.

La sensibilité est la réponse rapide et adéquate à un signal de l'enfant.

L'attachement est la réponse affective forte des parents vis à vis de leur enfant, ce qui inclut préoccupation, intérêt et l'attraction. Les parents perçoivent leur enfant comme parfait et sont fiers de lui.

L'engagement signifie forte participation, dévouement et responsabilité des parents qui prennent soin de l'enfant, le socialisent et influencent son développement.

L'interaction définit des activités communes parent-enfant (jouer, enseigner, prendre soin).



Il existe peu d'études sur la participation des pères aux soins des enfants prématurés, mais il est clair que leur rôle est déterminé par la culture et la société. Traditionnellement le père cherchait des informations et de l'aide agissant comme un intermédiaire entre la mère et l'hôpital. Il aidait aussi psychologiquement la mère qui elle s'occupait de l'enfant, mais il avait peu de chances d'interagir directement avec son enfant, d'avoir des moments d'intimité avec lui ni d'en prendre soin.

En ce qui concerne les enfants prématurés et la MMK ^{vi} les pères s'attachent à leur enfant différemment des mères. Le contact peau à peau est pour le père une expérience très positive qui lui donne le sentiment d'être utile et important. Cette expérience est ressentie comme le début d'une relation intime avec l'enfant.

L'accouchement prématuré représente une crise pour les pères (angoisse, impuissance, séparation, colère) dont ils se remettent rapidement s'ils sont autorisés à s'occuper de leur petit enfant. ^{vii} Une étude sur des couples père-enfant a montré que la MMK stimule la participation précoce et active des pères, augmentant leurs sens de responsabilité et leurs capacités. ^{viii - ix} Ceci se reflète au niveau de l'entourage qui est plus attentif au développement et aux soins de l'enfant

Une étude descriptive a montré que la MMK encourage et aide les pères à avoir des contacts précoces avec leur enfant prématuré. Ils apprennent plus facilement à en prendre soin, leur sensibilité est plus grande et ils s'occupent plus et mieux de leurs enfants. La MMK qui permet un contact précoce augmente la capacité des pères à s'occuper de leurs enfants dont ils se sentent responsables.

Une étude sur les couples père –enfants prématurés dans deux pays de cultures différentes (Inde et Vietnam),^x a montré que la position Kangourou augmente la sensibilité des pères et change leur perception de la paternité. Le contact précoce crée l'intérêt et l'interaction.

Il faut retenir que les pères sont plutôt enthousiastes après la naissance de leur enfants, ils se sentent émotionnellement proches d'eux et ils sont aussi anxieux que les mères quand le bébé a besoin de soins spéciaux. Ils s'expriment différemment des mères, il faut donc que l'équipe soignante en soit avertie et qu'elle agisse en conséquence.

a) Les pères doivent avoir précocement des contacts importants avec leurs bébés hospitalisés pour qu'ils s'y intéressent, s'en sentent responsables et si attachent.



Il faut donc permettre et encourager les pères à être auprès de leurs enfants, à les porter en PKI le plus tôt possible. Idéalement ces contacts doivent avoir lieu dans un environnement privé et chaleureux.

b) Il faut donner des conseils aux pères spécialement quand ils portent, changent, nourrissent leur enfant pour la première fois, ils peuvent se sentir nerveux et effrayés même s'ils ne le disent pas. Les pères tout comme les mères doivent être encouragés et aidés pour s'adapter à la situation et à leur nouveau rôle de père d'un enfant prématuré. Ils ont besoin d'être écoutés, compris et inclus dans les soins à leur enfant.

c) Offrir des informations claires et précises sur l'état de santé de l'enfant, d'une manière sensible, chaque fois que le père le demande. En outre, lui montrer les avantages pour l'enfant de sa participation active pendant le processus d'adaptation à la Méthode Mère Kangourou, lui montrer quelques preuves d'amélioration et lui décrire la meilleure façon d'expliquer l'état de la santé de l'enfant à la mère.

Autant que possible, organiser des groupes de soutien aux parents où ils peuvent exprimer librement leurs préoccupations, les craintes et les stratégies d'adaptation. Dans cet espace, les parents peuvent aussi être aidés à redéfinir leurs rôles et leurs relations familiales.

1.6 Autres activités d'adaptation à l'hôpital

Après les premières séances d'adaptation qui doivent être personnalisées ; il est important de proposer aux parents d'autres activités en rapport avec l'adaptation kangourou qui les aideront à prendre confiance en eux et à préparer la sortie de l'enfant. Idéalement ces activités sont organisées deux fois par jour.

1.6.1. Technique de relaxation pour la mère

La relaxation aide la mère à se sentir mieux et à diminuer la tension liée au fait de porter et d'allaiter l'enfant. Pendant les exercices de relaxation la mère doit être assise sur une chaise confortable avec un repose-pied, l'enfant doit être en PK dans le bandeau/poche/écharpe de portage.

1. Commencer par enseigner à la mère à respirer profondément, en gonflant l'abdomen, pas la poitrine, puis en soufflant doucement.

Ensuite montrer comment relaxer différentes parties du corps simultanément.

2. Demander à la mère de contracter et décontracter ses cuisses 3 ou 4 fois tout en respirant comme indiqué.

3. Continuer à contracter et à décontracter les cuisses, l'abdomen et les bras, en alternant des mouvements d'élévation et de descente des épaules tout en respirant.

4. Puis demander à la mère d'écouter sa propre respiration, de prendre conscience de son propre corps et de son état de tension ou de relaxation.

5. Demander à la mère de sentir la respiration de son bébé sur sa poitrine.

6. Après quelques minutes de repos en respirant profondément et lentement demander à la mère de regarder son bébé et de partager avec les autres ce qu'elle ressent si elle le souhaite.

1.6.2 Visualisation des soins à la maison

Une façon efficace d'aider les mères à se rendre compte de ce que leur bébé attend avec leur bébé à la maison est d'inviter une mère qui a un enfant un peu plus âgé et qui a pris soin de lui à la maison à parler de son expérience et à répondre aux questions. Les mères en adaptation sont invitées à poser des questions et à parler leurs inquiétudes.

Pour faciliter cet exercice il est recommandé de préparer quelques questions à l'avance:

- Quel a été votre plus gros souci quand vous êtes rentrée chez vous avec votre bébé en position Kangourou?

- En tant que mère quelle est la chose la plus positive pour vous dans le fait de porter votre bébé en position Kangourou ?
- Quelle a été la chose la plus difficile dans tout ce processus et quelle solution avez-vous trouvée ?
- Comment va votre enfant depuis qu'il est sorti de l'hôpital et quels sont les avantages de l'emmener à la consultation Kangourou ?

1.6.3 Reconnaître les peurs et les inquiétudes avant la sortie.

L'objectif de cette session est de reconnaître les peurs, les inquiétudes et d'en discuter pour trouver des solutions. Il est recommandé que les médecins, infirmières et psychologues assistent à ces sessions pour aider à lever ces inquiétudes. Quand le groupe a exprimé clairement ces soucis des explications et des conseils peuvent être donnés individuellement ou en groupe.

1.7 Sessions de formation théorique des parents

Afin d'être prêts à prendre soin de leurs enfant prématuré à domicile les parents doivent apprendre ce qui caractérise leurs enfants et comment leur donner des soins appropriés.



1.7.1 Caractéristiques des enfants prématurés et concept d'âge corrigé.

Certaines particularités physiques des enfants prématurés peuvent inquiéter les parents c'est pourquoi il est important de les signaler et d'expliquer comment les enfants vont évoluer. Des photographies peuvent être utilisées pendant cette séance pour familiariser les parents avec les caractéristiques des enfants prématurés

Il faut expliquer aux parents le concept "d'âge corrigé" qui les aidera à comprendre que le développement neurologique correspondra à cet âge corrigé et pas nécessairement à l'âge chronologique. La durée normale d'une grossesse est de 40 semaines et l'âge corrigé est calculé en soustrayant le nombre de semaines écoulées depuis la naissance du nombre de semaines nécessaires pour arriver à 40 semaines.

Par exemple, un enfant né à 31 semaines d'âge gestationnel, il y a 8 semaines est âgé chronologiquement de 8 semaines (ou 2 mois) mais son âge corrigé n'est que de 39 semaines (31 semaines à la naissance + 8 semaines depuis qu'il est né). Ce calcul est utilisé au moins pendant la première année de vie. En utilisant le même exemple les parents de notre enfant maintenant âgé de 8 mois d'âge chronologique ne doivent pas s'inquiéter qu'il ne tienne pas encore assis puisqu'en réalité il n'a pas encore 6 mois d'âge corrigé (8 mois - 2 mois = 6 mois, puisque il était né à seulement 31 semaines d'âge gestationnel).

Il est important de donner plusieurs exemples aux parents pour les aider à comprendre ce concept.

Les photographies peuvent également être utilisées afin de créer un plus grand degré de connaissance des caractéristiques du nouveau-né prématuré.

Les principales caractéristiques de bébés prématurés qui favoriseront ce processus de sensibilisation pour les parents sont décrites dans le tableau suivant.

Caractéristique	Explication
Le bébé est très mince, il semble faible et délicat.	Ceci est dû à l'absence de graisse sous cutanée qui commence à se former au 6ème mois de la grossesse.
La peau de l'enfant prématuré est plus fine et plus brillante. A certains endroits les veines sont visibles. Sous photothérapie une éruption peut apparaître et durer 2-3 jours, appelée toxicum neonatorum elle existe aussi chez les enfants à terme.	Bien que la peau semble fine, elle est solide. L'absence de graisse sous cutanée donne cet aspect transparent et délicat qui évoluera vers le rouge avec le temps et vers le brunâtre si l'enfant reçoit une alimentation parentérale.

Le corps de l'enfant peut être couvert de poils fins et abondants (lanugo) ou n'avoir aucun poil	Le lanugo est transitoire, il disparaît avec le temps, il a un rôle protecteur.
L'enfant ressemble à une poupée de chiffon, Quand il bouge il paraît faible et quand il est couché son corps est comme "un livre ouvert". Ses membres et ses muscles semblent faibles.	Ceci est dû au fait que l'enfant vivait en apesanteur dans le liquide amniotique. Quand il est hors de l'utérus, ces muscles manquent de force pour résister à la gravité. Cela s'améliorera quand l'enfant grandira.
Les organes génitaux des filles peuvent paraître étranges les grandes lèvres ne recouvrent pas les petites lèvres. Très souvent les testicules des garçons ne sont pas descendus dans le scrotum.	Ces organes vont évoluer, les grandes lèvres vont recouvrir les petites lèvres. Les testicules des garçons vont descendre dans le scrotum.
La fréquence respiratoire est plus rapide et plus irrégulière que celle de l'adulte. L'enfant prématuré fait des pauses respiratoires, qui se terminent par une respiration rapide.	Cette irrégularité respiratoire est en rapport avec l'immaturation neurologique.
Le cartilage de l'oreille est mou et flexible	Le cartilage durcira avec l'âge.
L'enfant sursaute brusquement et fait des mouvements désordonnés des bras et des jambes. Ceci est souvent déclenché par des bruits forts ou quand il est bougé brusquement	Ceci est dû au réflexe de Moro, qui est une réponse à un stimulus soudain (changement de position, vibration). Les bras du bébé bougent sur le côté avec la paume des mains vers le haut et les pouces pliés. Le bébé peut pleurer, puis l'enfant ramène ses bras le long de son corps les coudes fléchis et puis il se détend.
Les ongles peuvent être longs, minces et très mous Les ongles peuvent être longs, minces et très mous à la naissance.	Les ongles n'ont pas terminé leur solide constitution.
L'enfant peut avoir des mouvements intestinaux pendant les tétées.	Le lait maternel est très vite absorbé dans l'intestin de l'enfant Les selles peuvent être semi liquides, jaunâtres ou verdâtres après les 5 premiers jours.

L'enfant pleure rarement.	Un enfant prématuré émet quelques sons, imperceptibles à travers la paroi de l'incubateur. Il émet un cri faible qui se transformera en pleur quand il grandira
La vision du bébé n'est pas développée	Même si sa vision n'est pas encore développée, l'enfant peut percevoir une lumière forte et voir les contrastes quand proches de lui.

1.7.2 Soins et précautions à prendre à la maison

Les infirmières doivent apprendre aux parents comment donner les soins à leur bébé avant sa sortie. Elles vont faire des démonstrations souvent répétées de ces soins et aider les parents tout au long de l'adaptation intra hospitalière.



Voir Vidéo: Puériculture kangourou

a. Hygiène du bébé : L'hygiène de base du "bébé Kangourou" est centrée sur le changement de couche qui doit se faire à chaque fois que l'enfant se souille ou se mouille. Le change doit se faire dans une pièce sans courant d'air (portes et fenêtres fermées) sur une surface ferme (lit, matelas) inclinée de 20 ° à 30° de façon à prévenir les reflux gastro œsophagien et le risque de broncho aspiration, cette surface doit être propre et imperméable (facile à nettoyer et à désinfecter)



Le change doit être rapide, il est recommandé de suivre les étapes suivantes :

- Se laver les mains avec de l'eau et du savon.
- Avant le change préparer tout ce qui est nécessaire:
 - une couche de la bonne taille, si ce n'est pas le cas, couper la couche pour éviter une hyper abduction des hanches. Des lingettes humides, du coton et de la crème si recommandés par l'équipe soignante
 - Enlever doucement les bandes adhésives de la couche sans bruit ni mouvement brusque.
 - Regarder la peau de l'enfant et nettoyer la zone périnéale, avec un coton humide de l'intérieur vers l'extérieur.
 - Pour nettoyer les fesses de l'enfant le mettre doucement sur le côté, ne jamais lever les jambes ou les hanches au-dessus du thorax pour éviter le risque de reflux, de broncho aspiration ou d'augmentation de la pression intra crânienne avec risque d'hémorragie.
- Essuyer la peau avec un linge doux ou un morceau de coton.
- Utiliser la crème uniquement si prescrite.
- Placer la couche propre de bonne taille, laisser le cordon ombilical et l'ombilic en dehors de la couche pour qu'il ne soit pas mouillé par l'urine.
- Rassembler la couche, les lingettes et coton sales et les jeter.
- Se laver les mains avec de l'eau et du savon après le change.
- Placer à nouveau l'enfant en position Kangourou.

L'enfant ne doit pas être baigné avant l'âge de 40 semaines de gestation.

b. soins du cordon ombilical: si l'ombilic n'est pas cicatrisé ou le cordon ombilical n'est pas détaché à la sortie de de l'hôpital, il faut expliquer aux parents comment faire les soins. La zone de l'ombilic doit être désinfectée avec soin pour éviter une infection.



Se laver les mains avec de l'eau et du savon, prendre un ou deux coton tiges, les humecter avec un désinfectant puis soulever le cordon pour nettoyer sa base ou l'ombilic avec un coton-tige. En cas de rougeur, de gonflement ou de pus venir d'urgence à l'hôpital.

c. Lavage du nez : Irriguez le nez tous les jours avec un petit volume de sérum physiologique tiède et stérile. Le nez ne doit pas être bouché par des sécrétions, des inhalations ou des éternuements ou irrigué avec une pression trop forte.

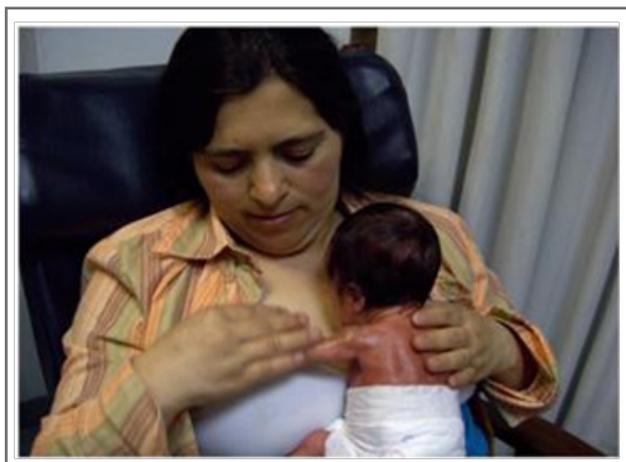
Une séance spéciale est organisée pour apprendre aux parents à laver le nez de leur enfant.



d. "Bains de soleil": ou traitement par le soleil, se fait sur l'enfant en position Kangourou. L'enfant porte juste sa couche, pliée pour être la plus petite possible. Les yeux de l'enfant sont protégés par la main de la personne qui le porte. L'enfant est exposé au soleil à travers une fenêtre 2 fois par jour, le matin et l'après-midi 10 minutes de dos et 10 minutes de face.



e. Massage de l'enfant en position Kangourou : doit être pratiqué chaque jour en suivant la technique décrite dans l'annexe 1.



f. Visites: les précautions à prendre lors des visites doivent être expliquées aux parents. Peu de personnes peuvent rendre visite à l'enfant en même temps. Les visiteurs doivent se laver les mains avec soins avant d'approcher l'enfant et ne pas manipuler le bébé.

Les personnes qui souffrent de problèmes respiratoires doivent utiliser un masque de même que les membres de la famille.

g. Vêtements de l'enfant : les vêtements d'un "bébé kangourou" doivent permettre qu'une grande partie de sa peau reste découverte : le thorax, les bras et les jambes qui sont en contact avec la peau de la personne qui le porte. Il est recommandé d'utiliser une chemise sans manche, ouverte devant mais qui couvre le dos, cette chemise ne doit avoir ni lien ni bouton. La tête et les pieds doivent être couverts (bonnet, chausson, chaussettes) pour éviter la perte de chaleur.

Les vêtements de l'enfant doivent être en coton qui est bien toléré par la peau délicate des "bébés kangourou". Bien que le coton soit plutôt isolant il permet une

faible transpiration qui garde la peau fraîche et sèche au lieu d'être chaude et humide quand les vêtements sont en laine ou dans une autre matière ce qui peut donner des éruptions de chaleur ou d'autres problèmes.

Il est obligatoire d'utiliser une couche pour protéger la mère et l'enfant des urines et des selles. La couche doit être étanche et d'une taille appropriée, couvrant juste ce qui est nécessaire et permettant au reste de la peau d'être en contact avec la peau de la personne qui le porte.

Il faut insister sur le fait que l'enfant ne doit porter aucun cordon, bracelet, amulette, collier, bague ou boucles d'oreilles qui pourrait bloquer la circulation ou pire provoquer une asphyxie. Si les parents insistent pour que l'enfant porte ces objets conseiller à la mère de les attacher sur les vêtements de l'enfant à un endroit qui ne soit ni dangereux ni inconfortable pour lui.

Entretien des vêtements: tous les vêtements de l'enfant, de la mère ainsi que le bandeau, poche ou écharpe de portage doivent être lavés avec un savon non alcalin et non avec un détergent (par exemple savon de noix de coco). Les vêtements doivent être rincés avec une eau contenant du vinaigre (1 cuillère à soupe de vinaigre pour un seau d'eau) ou du citron pour éliminer les résidus de savon et prévenir une dermatose de contact. Les vêtements ne doivent pas être repassés pour éviter d'irriter l'enfant.

1.7.3 Enseigner les signes de danger/alarme



Il faut enseigner très soigneusement à la mère et la famille à reconnaître les signes de danger/d'alarme pour lesquels ils doivent immédiatement demander une aide médicale.

- Difficultés respiratoire (respiration rapide, geignement, apnées répétées)
- Léthargie : l'enfant bouge et mange moins que d'habitude.
- Refus de s'alimenter
- Vomit tout ((2ou plus d'épisodes de vomissement coercitifs)
- Sang dans les selles
- Omphalic rouge, gonflé, purulent.
- Pleurs ininterrompu(plus de 3 heures)

Les parents doivent pouvoir faire la différence entre ces signes de danger et ceux qui n'en sont pas comme le fait de pousser avant une selle ou un geignement qui est anormal, un hoquet, ou des éternuements. Ils doivent savoir que respirer avec un bruit de gémissement est un signe de danger.

1.7.4 Utilisation de l'oxygène après la sortie



Quand l'enfant sort de l'hôpital avec de l'oxygène, la famille doit connaître l'équipement et savoir comment l'utiliser (canule néonatale, humidificateur, cylindre portable d'oxygène, manomètre). Avant la sortie l'infirmière doit faire une démonstration de l'utilisation de ce matériel et s'assurer que les parents ont bien compris, il faut répéter la démonstration au besoin et corriger d'éventuelles erreurs.

Si les parents observent un peu d'eau dans la canule, ils doivent retirer la canule du nez de l'enfant et ouvrir le flux d'oxygène jusqu'à ce que l'eau soit expulsée par la pression de l'oxygène et ensuite la replacer à nouveau en la fixant avec un ruban adhésif.

Les quelques précautions à respecter quand on utilise de l'oxygène sont résumées ci-après.

- Empêcher que l'eau de l'humidificateur ne rentre dans la canule
- S'il y a de l'eau dans la canule, il faut la retirer du nez de l'enfant, ouvrir l'oxygène, la pression de l'oxygène va chasser l'eau, remettre ensuite la canule et la fixer avec un sparadrap.
- Laver l'humidificateur d'oxygène avec de l'eau et du savon un jour sur deux
- Changer l'eau de l'humidificateur chaque jour.
- S'assurer qu'il y a des bulles qui prouvent que l'oxygène passe.
- Vérifier la jauge pour savoir combien il reste d'oxygène dans le cylindre.
- A cause du risque d'explosion garder l'oxygène loin des bougies, des allumettes et de feux ouverts.

Avant la sortie les parents doivent être informés que leur enfant doit recevoir de l'oxygène à la maison. Ils doivent recevoir toutes les informations nécessaires pour avoir un accès facile à l'oxygène. Un gros cylindre d'oxygène doit être prévu pour la maison ainsi qu'un petit cylindre qui suivra l'enfant dans ses déplacements.

1.8 Adaptation à la nutrition Kangourou

L'étude de la nutrition Kangourou est détaillée dans le module 3 de ce kit de formation.

La « nutrition kangourou » s'adresse aux enfants prématurés/de petit poids de naissance dans la période de croissance stable. Cette stratégie est basée sur l'allaitement maternel.

Il est important de se rappeler que l'adaptation à la position Kangourou peut débuter pendant la période de transition avant la nutrition Kangourou.



L'adaptation à la nutrition d'un enfant dans la MMKest définie comme un " processus d'adaptation social et physique de la mère et de la famille". Pendant ce processus d'apprentissage la mère et la famille reçoivent une aide sur les plans émotionnels et sociaux. Cette adaptation est cruciale pour le succès de l'allaitement.

Pour que l'alimentation soit satisfaisante il est nécessaire de la commencer le plus tôt possible dans la période de croissance stable dès que l'enfant est capable de la tolérer. Ses paramètres vitaux doivent être dans les limites de la normale et il doit supporter les manipulations sans épisodes de bradycardie importante, ni désaturation ni d'apnées fréquentes et sévères.

Pour l'enfant prématuré le lait de sa propre mère est le meilleur et il doit être utilisé aussi souvent que possible et être enrichi systématiquement en vitamines A, D, E et K. Une alimentation différente doit être envisagée uniquement quand la mère n'a pas assez de lait et que l'enfant grossit mal.

1. Alimentation basée sur le lait de la propre mère enrichi en vitamines A, D, E et K

- Allaitement exclusif sans fortifiant ni supplément.
- Lait fortifié (fortifiants ajoutés au lait maternel)
- Supplémenté avec un lait artificiel pour enfant prématuré
- Supplémenté avec des fortifiants et du lait de donneur pasteurisé (prématuré ou à terme)

2. Utilisation exclusive ou supplémentation avec d'autres formes de nutrition orale ou entérale.

Les enfants prématurés ne réclament pas à manger, il faut les réveiller pour les nourrir toutes les 1:30 ou 2 heures en fonction de leur âge gestationnel.

Allaiter un enfant prématuré est difficile et contraignant, il est fondamental que les mères soient activement et chaleureusement soutenues et aidées par l'équipe soignante qui doit donner des conseils judicieux et clairs. Il est plus pratique pour l'infirmière de s'asseoir à gauche de la mère pour l'aider à allaiter et la conseiller. Cela lui permet d'aider la mère et d'observer et de tenir l'enfant. Elle peut montrer comment mettre le mamelon dans la bouche de l'enfant et tenir le sein pendant la tétée.

Quand un enfant ne peut pas être nourri directement au sein il existe de nombreuses alternatives pour le nourrir avec du lait maternel tiré. De multiples expériences ont montré que les mères une fois formées sont capables d'utiliser une tasse, une cuillère, une seringue ou un compte-gouttes pour nourrir leurs enfants prématurés incapables de téter toutes leurs rations au sein.

Pour utiliser ces méthodes il faut l'enfant soit réveillé, installé en position assise ou demi-assise sur la poitrine de la mère toujours dans le bandeau et en contact peau à peau. Les épaules et le cou du bébé sont maintenus par une main, la tête peut être contrôlée sous le menton, le lait qui goutte est essuyé avec un bavoir ou une compresse.

Il est très important de donner des conseils à la mère pour l'alimentation après la sortie et des informations concrètes sur les signes de faim et de satiété.

Observation	Explication
Un allaitement complet est toujours un signe de succès. La succion ne reflète pas uniquement la possibilité de téter mais le niveau de coordination entre succion- déglutition- respiration	Ne pas pousser l'enfant à terminer sa ration. Il n'est pas nécessaire d'avoir un réflexe de succion mature pour avoir une tétée satisfaisante Les enfants doivent ajuster leur succion pour ajuster la quantité de lait et leur capacité gastrique.
Les enfants prématurés peuvent être nourris oralement même s'ils ont certains problèmes	Il ne faut pas les pousser à terminer leur repas.

<p>Le comportement et la coordination de l'enfant doivent être appropriés pour recevoir une alimentation orale. Le langage du corps et les expressions faciales sont des moyens de communication</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Raccourcir la durée des repas et observer les changements dans le comportement, coordination et fatigue. • Aider l'enfant à récupérer et à se réorganiser. - Si positif continuer l'alimentation, si non arrêter le repas <p>Surveiller en permanence les mimiques de l'enfant en tant qu'indicateurs pour commencer, arrêter ou continuer l'alimentation orale.</p>
<p>L'environnement peut gêner l'alimentation orale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Optimiser l'environnement autour de l'enfant. la lumière et le volume sonore • l'enfant doit être en position fléchie, bien tenu et sa température doit être constante.
<p>Refus d'alimentation orale très probable</p>	<p>Permettre au bébé de se nourrir à son propre rythme, le laisser se reposer si besoin, respecter ses expressions et arrêter l'alimentation orale ou les gavages si nécessaire. L'alimentation orale doit être une expérience positive</p>

Il existe plusieurs techniques alternatives d'alimentation pour nourrir l'enfant s'il ne peut pas être alimenté directement à partir de la poitrine, mais seulement avec du lait maternel extrait ou formule.

L'expérience a montré que, avec une formation adéquate, les mères peuvent facilement utiliser des techniques comme une tasse, cuillère, seringue, ou compte-gouttes pour l'alimentation lorsque les bébés prématurés ne sont pas en mesure de recevoir leur alimentation complète directement à partir de la poitrine.

Pour nourrir l'enfant avec des techniques alternatives d'alimentation, l'enfant doit être éveillé et assis ou semi assis face vers le haut de la poitrine, sans quitter le contact peau-à-peau et sans que la mère enlève la gaine.

Les épaules et le cou du bébé doivent être tenus d'une main et la tête doit être contrôlée à partir du menton. Une serviette, bavoir ou compresse va attraper toute trace de gouttes de lait.

L'intervention de soins infirmiers doit inclure des conseils de prévention pour les mères sur l'alimentation de leurs enfants après la sortie de l'unité néonatale et des informations concrètes sur les signes de faim et de satiété.

2.

Evaluation de la qualité du processus d'adaptation intra hospitalière

Une fois que la décision de laisser sortir l'enfant est prise d'un commun accord entre l'équipe soignante et les parents, l'infirmière évalue objectivement les différents aspects de l'adaptation en utilisant des tableaux avec des scores. Cette évaluation doit être transmise à la consultation ambulatoire qui assurera les visites de suivi ou au responsable de l'hébergement conjoint mère-enfant kangourou.

L'évaluation de l'adaptation intra hospitalière tient compte des différents aspects de la préparation de la mère/personne responsable de l'enfant en ce qui concerne les soins à donner à l'enfant et de sa capacité à allaiter. Les capacités de l'enfant à supporter la position kangourou est elle aussi évaluée.

2.1. Evaluation de la qualité de l'adaptation de la mère

Une grille quantitative en 11 points est utilisée pour évaluer le degré de préparation et les capacités de la mère et de la famille à s'occuper de l'enfant.

- Possibilité de placer l'enfant à la poitrine et une bonne technique d'allaitement.
- Aptitude à manipuler et mobiliser l'enfant pour le réveiller, le nourrir, changer sa couche.
- Stimulation et la réponse aux signaux de l'enfant.
- Sécurité et la confiance dans les soins pour l'enfant.
- Production de lait de la mère.
- Appropriée connaissance de la méthodologie de la MMK.
- Acceptation et l'application de la MMK.
- Soutien affectif familial et socio
- Durée de l'adaptation à l'hôpital
- L'état de santé de la mère
- Possibilité d'assister tous les jours au suivi ambulatoire

Grille d'évaluation de l'adaptation de la mère à la MMK

Note	Faible	Début	Complet
1. Mettre l'enfant au sein et technique d'allaitement	Difficulté à mettre l'enfant au sein. Demande toujours de l'aide	Peut mettre l'enfant au sein et demande de l'aide occasionnellement	La mère met bien l'enfant au sein seule et ne demande pas d'aide
2. Manipulation de l'enfant pour le réveiller, le nourrir et le changer	Toujours des difficultés pour manipuler et mobiliser l'enfant.	Difficulté occasionnelle pour manipuler et mobiliser l'enfant.	Pas de difficulté à manipuler et à mobiliser l'enfant
3. Stimulation de l'enfant et réponse aux signaux de l'enfant	Pas de réponse aux rares signaux émis par l'enfant, Le bébé n'est pas stimulé	Réponse occasionnelle aux signaux émis par l'enfant Le bébé est peu de stimulé	Réponse aux signaux de l'enfant. Le bébé est stimulé (mots, chansons et caresses)
4. Confiance et assurance pour prendre soin de l'enfant.	Pas d'assurance et pas de confiance, incapable de prendre soin de l'enfant à la maison	Ne se sent pas très rassurée et incapable de prendre soin de l'enfant à la maison	Assurée et capable de prendre soin de l'enfant à la maison
5. Quantité de lait produite	Tire moins d'une once de lait	Tire une once ou deux	Tire plus de deux onces
6. Connaissance de la MMK Quantité de lait produite	Les soins, les précautions, les problèmes et les signes de danger pour un bébé kangourou sont inconnus	Les soins, les précautions, les problèmes et les signes de danger pour un bébé kangourou ne sont pas complètement connus	Les soins, les précautions, les problèmes et les signes de danger pour un bébé kangourou sont complètement connus
7. Adhérence à la MMK	La MMK n'est ni acceptée ni appliquée	La MMK est partiellement acceptée et appliquée	La MMK est acceptée et appliquée

Note	Faible	Début	Complet
8. Soutien familial et socio émotionnel	Il n'y a pas d'aide ni de soutien à la maison pour prendre soin de l'enfant	Il y a un peu d'aide et de soutien à la maison pour prendre soin de l'enfant	Il y a de l'aide et du soutien à la maison pour prendre soin de l'enfant
9. Durée d'hospitalisation	L'enfant prématuré sort de l'hôpital moins de 24 heures après sa naissance	Sortie avec adaptation intra hospitalière de moins de 3 jours	Sortie après plus de 3 jours d'adaptation intra hospitalière
10. Etat de santé de la mère	La mère est malade. Il y a une aggravation de l'état de santé de la mère. La mère est invalide	La mère ne sent pas très bien	La mère est en bonne santé.
11. Possibilité de venir aux visites de suivi journalières	Il est peu certain de pouvoir venir aux visites journalières de suivi	Il sera difficile de venir aux visites journalières de suivi	Pas de problèmes pour venir aux visites journalières de suivi

2.2. Evaluer la qualité de l'adaptation de l'enfant à la MMK

Le tableau suivant résume les éléments qui sont évalués chez le nouveau-né. (Réponse à des stimuli, le patron de succion, la température du corps en contact peau à peau, et le gain de poids pendant l'hospitalisation et la durée d'hospitalisation).

Note	Faible	Début	Bien établie
1. Réponse au stimulus	L'enfant est très faible, il est difficile de le réveiller et de le nourrir.	L'enfant est léthargique et quelque fois il est difficile de le réveiller et de le nourrir.	L'enfant est actif, se réveillé et mange bien.

Note	Faible	Début	Bien établie
2. Succion	Episodes de 3 à 5 suctions suivies d'une pause de même durée bien coordonnée.	Episodes de 5 à 10 suctions suivies d'une pause de durée variable. Succion désorganisée, et arythmique.	Episodes of 10 à 30 suctions suivies d'une courte pause 1:1:1 succion-déglutition – respiration
3. Température en contact peau à peau.	L'enfant ne régule pas sa température malgré le contact peau à peau. L'adaptation doit être interrompue pour trouver la raison.	Les extrémités sont froides malgré la PK. Enfant de plus de 10 jours prise de poids de 10 à 15 g/jour.	Maintient sa température en contact peau à peau.
4. Prise de poids pendant l'adaptation	Enfant de plus de 10 jours prise de poids de moins de 5g/jour. Enfant de moins de 10 jours: perte de poids de plus de 20% du poids de naissance	Enfant de moins de 10 jours: perte de poids de plus de 15% du poids de naissance.	Enfant de plus de 10 jours prise de poids de 15 g/jour. Enfant de moins de 10 jours: perte de poids de plus de 10% du poids de naissance.

La décision de laisser rentrer à la maison un enfant prématuré ne doit être prise que quand tous les aspects de l'adaptation sont terminés pour la mère et l'enfant. Si certains aspects ne sont pas encore finalisés il est conseillé de garder l'enfant dans un service de néonatalogie de base (service dit "d'élevage") ou mieux dans un service d'hébergement mère-enfant kangourou jusqu'à ce que l'adaptation soit complètement terminée.

MÉTHODE MÈRE KANGOUROU

GRILLE D'ÉVALUATION DE L'ADAPTATION KANGOUROU

Nom de la mère: _____

Nom de l'enfant: _____ Date de naissance: _____

Age gestationnel à la naissance: _____ Numéro du dossier médical: _____

Diagnostic et autres renseignements importants: _____

Date de sortie: _____ Nombre de jours d'adaptation intra hospitalière: _____

CRITÈRE	Date Score	Date Score	Date Score	Date Score
MÈRE	Intra-hospitalier		Ambulatoire	
- Mise de l'enfant au sein.				
- Manipulation et mobilisation de l'enfant pour le réveiller, le nourrir et changer sa couche.				
- Stimulation et réponse aux signaux de l'enfant				
- Assurance et confiance pour prendre soin de l'enfant à domicile				
- Production de lait.				
- Connaissance de la MMK.in				
- Adhérence à la MMK				
- Soutien familial et socio-économique				
- Durée de l'adaptation.				
- Etat de santé de la mère.				
- Possibilité de venir aux visites journalières de suivi.				
- Score maternel (sur 22 points)				
ENFANT	Intra-hospitalier		Ambulatoire	
1. Durée de l'hospitalisation.				
2. Réponse aux stimuli.				
3. Succion.				
4. Température en contact peau à peau.				
5. Prise de poids pendant l'adaptation				
Score de l'enfant (sur 8 points)				

Observations à la sortie

3.

Sortie après l'adaptation intra hospitalière

C'est au médecin r de décider de la sortie de l'enfant (domicile ou hébergement mère-enfant Kangourou). La sortie dépend de critères propres à l'enfant et d'autres critères propres à la mère et à la famille.

3.1 Critères de sortie de l'enfant

Indépendamment de son poids et de son âge gestationnel un enfant est apte à sortir de l'uniténéonatale en position Kangourou pour son domicile ou pour un hébergement conjoint mère-enfant si toutes les conditionsci-après sont réunies.

- L'adaptation de l'enfant à la MMK est satisfaisante : il régule sa température en position kangourou, et il coordonne bien sa succion, sa déglutition et sa respiration.
- L'enfant a grossi dans l'uniténéonatale depuis au moins 2 jours s'il a plus de 10 jours¹
- L'enfant a terminé son traitement, si traitement il y avait.
- L'enfant ne reçoit pas d'oxygène ou en reçoit moins de ½ litre
- S'il rentre à la maison il existe un programme kangourou qui offre des visites de suivi

3.2 Critères maternels pour la sortie de l'enfant

Un enfant hospitalisé dans une uniténéonatale est autorisé à sortir si sa mère remplit les critères suivants :

- Elle fait partie du programme MMK et a réussi l'adaptation.
- Elle se sent capable de s'occuper de son enfant en utilisant la MMK(position et nutrition) à la maison.
- Elle sait allaiter son enfant et tirer son lait.
- Elle se sent capable physiquement et mentalement de s'occuper de son enfant à la maison.

Dans certains cas particuliers (mère adolescente, célibataire, en difficultésocio-économique, alcoolique ou droguée la mère doit recevoir une recommandation positive de l'équipe pluridisciplinaire.

¹ Si l'enfant à moins de 10 jours il peut avoir perdu du poids sans que cela empêche sa sortie.

3.3 Critères familiaux pour la sortie de l'enfant

La famille est intéressée, en bonne santé, disponible, capable physiquement et mentalement d'aider la mère et l'enfant.

- La famille a été formée à la MMK, comprend bien la méthode et peut prendre soin de l'enfant à domicile, elle collaborera aux soins de l'enfant et à sa sécurité.
- La famille suivra les recommandations des visites de suivi, des examens spécialisés, la prescription des médicaments et les horaires des tétées.
- La famille s'adaptera aux changements temporaires dû à la MMK: garder l'enfant en position Kangourou 24 heures/24, dormir en position demi assise et redéfinira les rôles des membres de la famille pour aider la mère.
- La famille doit habiter près de l'hôpital ou dans la même ville que le programme MMK. Si la famille habite trop loin et ne peut pas venir aux visites de suivi, il est recommandé de proposer un hébergement temporaire mère-enfant kangourou. (voir annexe 2)

Annexe 1

Massage de l'enfant prématuré/ de petit poids de naissance en position kangourou

Le massage est une technique très ancienne de stimulation physique bénéfique pour le métabolisme, il a des effets biologiques et psycho-sociaux.

Le massage en tant que tel ne fait pas partie de la MMK, mais il y a été introduit depuis des années à la satisfaction des soignants, des parents et des enfants. Il augmente la confiance des mères quand elles manipulent et prennent soin de leurs enfants de petit poids de naissance. Quand une mère masse son bébé elle ressent un sentiment de satisfaction, le massage est un soin émotionnel et physique. [xi](#)



41



Voir Vidéo: Massage Vietnamien - Massage en position kangourou

Les défenseurs du massage des enfants prématurés insistent sur le fait que le massage est non invasif, ne nécessite aucun équipement spécial, qu'il n'interfère pas et qu'il est facile à apprendre ce qui permet aux parents de masser leurs enfants. Il n'y a aucun effet négatif connu du massage sur des enfants cliniquement stables.

Pratiqués en position kangourou les massages renforcent et réparent le lien mère-enfant trop souvent rompu par la naissance prématurée. [xii](#)

Il existe certaines similitudes entre la stimulation du bébé en position kangourou et le massage mais le massage procure une stimulation plus intense.

L'Association Internationale de Massages des Nouveau-nés(Canada) décrit comment les muscles tendus se relâchent, le stress diminue, le tonus musculaire augmente améliorant l'hypotonie caractéristique de l'enfant prématuré. Les massages facilitent la coordination des mouvements et la flexion des articulations.

Il existe un certain nombre de preuves scientifiques des bienfaits des massages pour les enfants prématurés :

2005, le massage induit une respiration plus ample chez les enfants ventilés.

2007, les enfants massés^{xiii} ont moins de signes de stress durant l'hospitalisation, il est logique de penser que les massages faits à la maison réduiront le nombre de complications.^{xiv} Les stimuli tactiles diminuent la sécrétion du cortisol et le risque de complications.^{xv}

2010, les massages stimulent l'activité vagale du système digestif (plus grande motilité gastrique et meilleure absorption intestinale) ce qui aide l'enfant à digérer et à évacuer.^{xvi} Les massages diminuent les coliques, les gaz, la constipation et améliorent la prise de poids. D'autres études ont montré une réduction de la dépression du postpartum quand la mère masse son enfant chaque jour en Unité de soins intensifs.^{xvii}

Une étude faite sur 10 enfants prématurés de 30 à 36 semaines d'âge gestationnel, massés pendant 10 minutes 3 fois par jour, a montré une accélération de la maturation de l'activité cérébrale et de la vision plus spécialement de l'acuité visuelle associées à un niveau élevé de IGF-1 (Insulin-like growth factor ou Somatomedin-C).

Caractéristiques des massages en position Kangourou

- Les massages doivent être pratiqués une heure après le repas dans un endroit chaud sans courants d'air, bien éclairé et être accompagnés d'une musique relaxante.
- Les deux côtés du corps sont massés en respectant la symétrie pour aider l'enfant à mieux situer son corps.
- La pulpe des doigts est utilisée pour masser sur les petites surfaces et la paume de la main est utilisée pour les plus grandes. Un contact ferme, rythmique, constant et continu est suggéré. En général c'est l'interaction entre le « masseur » et l'enfant qui détermine le type de massage et la pression à utiliser sur chaque partie du corps.

Précautions pour le massage

- Utiliser une petite quantité d'huile (tournesol), ne pas en mettre sur le visage.
- Masser l'enfant en position Kangourou pour éviter l'hypothermie et la bronchoaspiration. Ne jamais mettre l'enfant sur les cuisses de l'adulte ou sur un lit.

- En cas de stress ou de rejet (pleurs, grimace, changement brutal de couleur ou mouvements brusques des membres), arrêter immédiatement et réessayer plus tard.
- Ne pas appuyer sur les articulations (épaules, coudes, genoux) ni sur la colonne vertébrale.
- Si l'enfant semble affamé, arrêter le massage et le nourrir.

Technique du massage

Avant de commencer, il faut expliquer à l'enfant ce qui va se passer.

- Commencer à masser la tête et le visage en faisant des mouvements circulaires avec la paume de la main autour de la tête 5 à 6 fois.
- Les mains glissent de la tête au cou et aux épaules et continuent sur le dos, retirer la chemise. Ce massage est appelé "le livre ouvert" : les deux mains sont placées au milieu du dos de l'enfant, puis elles glissent sur les côtés en suivant les côtes comme si elles aplatisaient les pages d'un livre. Si le dos de l'enfant est petit, utiliser seulement une main en alternant les côtés.
- Ensuite, toute la main fait des mouvements ascendants des fesses aux épaules sans toucher la colonne vertébrale. Puis les mains glissent des épaules aux fesses. Répéter ce mouvement 4 à 5 fois de chaque côté de la colonne vertébrale.
- Le massage continue avec les épaules, les bras, les mains et les doigts, il est du type "ferme appriovissement musculaire", un mouvement descendant est fait par une main depuis les épaules jusqu'aux mains et aux doigts. Un autre type de massage consiste à appuyer fermement sur un endroit des bras puis relâcher la pression et descendre vers les mains en renouvelant les pressions.
- Des mouvements circulaires sont faits sur le thorax suivi par 3 mouvements de vibration en son milieu.
- Détacher la couche et masser l'abdomen dans le sens des aiguilles d'une montre, de droite à gauche ou autour du nombril en appuyant légèrement pour stimuler le système digestif. Rattacher la couche.
- Puis masser les jambes, les cuisses, les pieds et les orteils et ensuite appliquer et relâcher des pressions sur les bras en faisant pression sur un point et en relâchant.

Le massage se termine en pressant doucement l'enfant contre la poitrine de sa mère ou la personne qui le porte.

Annexe 2

Hébergement conjoint mère-enfant kangourou, une alternative à la sortie précoce à domicile.

Dans de nombreux pays les enfants prématurés/de petit poids de naissance ne sortent pas précocement des maternités ou des unités néonatales pour rentrer à leur domicile. Habituellement la mère reste avec son enfant dans un service d'hébergement conjoint mère- enfant jusqu'à ce que l'enfant prenne 15 g/kg/jour ou atteigne un certain poids. L'obstétricien et le pédiatre décident de ce qui est le mieux pour le couple mère –enfant en se basant sur l'état de l'enfant, de la mère et la situation familiale.

L'hébergement conjoint mère –enfant est une bonne solution dans les cas suivants :

- Quand il n'y a pas de ressource pour payer les transports pour venir à la consultation,
- Quand il n'y a pas de transport ou que la famille vit trop loin
- Quand l'équipe soignante a une confiance limitée dans les capacités de la mère à prendre soin de son enfant à domicile.
- Quand le règlement n'autorise pas la sortie avant que l'enfant pèse un poids minimum.

Le centre d'hébergement mère –enfant Kangourou est créé habituellement à partir des ressources existantes (institution médicale et personnel) légèrement modifiées et avec une réallocation rationnelle des ressources et les mères/familles prenant soin des enfants.

Infrastructure :

En fonction des besoins et de l'espace disponible il peut s'agir d'une seule chambre individuelle ou collective ou de plusieurs chambres. Les mères doivent avoir accès à une douche et à des toilettes. Idéalement elles doivent aussi avoir accès à une pièce avec des tables et des chaises où elles et leurs familles peuvent se réunir pour des formations, pour se distraire ou pour discuter. Cette pièce peut aussi être utilisée par les pères qui portent leur bébé en position kangourou pour ne pas gêner certaines mères si la chambre est collective.

L'hébergement mère- enfant Kangourou n'a pas toujours lieu dans une institution médicale. Il existe une option de " maison temporaires" organisées par des volontaires dans des maisons proches de l'hôpital. L'hébergement mère-enfant kangourou n'est pas stricto sensu médicalisé, il est comparable avec sa visite journalière d'un médecin et d'une infirmière à la surveillance médicale quotidienne organisée par la consultation ambulatoire pour les enfants qui rentrent à la maison.

Equipement :

lits, poubelles pour jeter les couches sales, formulaires du programme MMK (dossiers médicaux, courbes de poids, etc.), des tire-laits, un frigidaire pour stoker le lait maternel, du matériel pour extraire et stocker le lait (flacons stériles, seringues, etc.) des mannequins et autre matériel d'enseignement.

Personnel des médecins :

- 1) Un médecin spécialiste des nouveau-nés qui examine chaque jour les enfants.
- 2) Un obstétricien/gynécologue surveille chaque jour les mères surtout en cas de complications (pré éclampsie, infection, hémorragie).
- 3) Un(e)/infirmière qui est responsable de la formation des mères/familles, de l'équipement, des prescriptions et du renforcement de l'adaptation Kangourou.
- 4) Une auxiliaire de puériculture représente, 24 heures/24 qui aide les mères pour la position et la nutrition kangourou.
- 5) Un travailleur social et un psychologue doivent être disponibles pour aider les mères qui ont des problèmes socio-économiques ou psychologiques.
- 6) personnel administratif responsables des services généraux.

Il faut noter qu'une partie de ce personnel participe habituellement à la consultation ambulatoire MMK.

Dans de nombreux endroits, il est très rare d'avoir des mères disponibles pendant de longues périodes. Ainsi, il est important de profiter de cette occasion pour enseigner à ces mères comment prendre soin de leur enfant à l'avenir



Voir Vidéo : Début de l'adaptation kangourou intra hospitalière

Comparé à un service de néonatalogie de base l'hébergement mère-enfant Kangourou présente de nombreux avantages :

- Meilleure adhérence à la position Kangourou et à l'allaitement maternel.
- Réduction de la durée de la séparation mère enfant qui favorise le lien mère-enfant.
- Diminution des infections nosocomiales la mère s'occupant elle-même de son enfant.

Dans de nombreux pays, il est rare de pouvoir garder les mères pour une longue période de temps et il est important de profiter de cette occasion pour leur enseigner à prendre soin de leurs enfants et d'elles-mêmes (alimentation, vaccination, contraception)

Résistance à l'hébergement conjoint mère-enfant Kangourou et solutions pour y remédier

Résistance	Solutions proposées
La surveillance individuelle est plus difficile car les enfants ne sont pas toujours dans la même pièce comparée à la surveillance dans un service de soins intensifs ou une infirmière peut surveiller plusieurs enfants en même temps.	<ul style="list-style-type: none"> - Inviter le personnel de centres ayant l'expérience de l'hébergement conjoint mère –enfant Kangourou (difficultés et leçons apprises) - Convaincre le personnel des avantages de l'hébergement mère –enfant en termes de sécurité, la mère surveillant de près son enfant, et aussi pour la chaleur, l'allaitement et la qualité du lien mère –enfant - Rappeler que les enfants hébergés avec leurs mères n'ont pas besoin d'être surveillés médicalement en permanence mais périodiquement. - Expliquer et montrer au personnel que les mères une fois formées sont responsables, fournissent une aide précieuse et ne gênent pas. - Expliquer que le travail supplémentaire de la formation des mères est bénéfique améliorant les soins de l'enfant et leur évite du travail futur.
La présence permanente de la mère augmente le risque d'infection	Il est prouvé scientifiquement que l'hébergement mère-enfant réduit les infections nosocomiales dans les maternités et les unités néonatales.
Les enfants peuvent tomber des lits	- Insister sur le fait qu'en PK les enfants sont en contact peau à peau avec leurs mères, ils sont soutenus par un bandeau qui les empêche de tomber et qui donne à la mère une plus grande liberté de mouvements pour ses activités quotidiennes tout gardant l'enfant en sécurité.
Un hébergement conjoint est impossible car certains examens ne sont pas faits dans la chambre	Le bébé en PK devient "un" avec sa mère. Le couple mère enfant peut se déplacer ensemble sans aucun risque et la PK est une alternative non pharmacologique pour soulager la douleur en cas d'interventions moyennement douloureuse.

Dans certains pays (Inde, Pakistan, Bangladesh) il faut faire participer les belles-mères qui décident des tâches de la nouvelle mère quand elle revient à la maison. L'adaptation et l'hébergement mère –enfant kangourou doivent se faire dans un endroit où la belle-mère peut venir et participer aux soins pour qu'elle comprenne qu'il est important d'autoriser la mère à porter son enfant en PK 24 heures/24 et à suivre les recommandations du programme Kangourou.

Dans certains pays, la cohabitation peut être une opportunité pour les hôpitaux pour fournir une nutrition adéquate aux mères allaitantes ainsi que des informations sur la nutrition, la vaccination, et d'autres sujets intéressants pour elle

La cohabitation n'est pas nécessairement mise en place à l'intérieur d'un établissement de santé. Il y a des options de logement tels que "Maisons temporaires", situées généralement à proximité de l'hôpital qui sont gérées par des bénévoles.

La cohabitation, quelle que soit sa modalité, est une modalité de soins non médicaux. En d'autres termes, il est semblable à ce qui se passerait si l'enfant était à la maison: le médecin vient pour une visite tous les jours, avec une infirmière, pour effectuer le même examen qu'il effectuerait dans une clinique externe.

Les critères de sortie de la cohabitation sont régies toutes les deux semaines, plutôt que de contrôles quotidiens; le nouveau-né gagne déjà 15g/kg/jour mais nécessite un contrôle hebdomadaire de l'oxymétrie (si nécessaire) et une évaluation pédiatrique.

Bibliographie

I (Reyna, Pickler, & Thompson, 2006)

II T Victorian, Infant Collaborative Study Group (1991). Improvement of outcome for infants of birth weight under 1000 g. Arch Dis Child; 66. , p 765-9.

III (Sammons & Lewis, 1989). Parents of premature infants. In *Premature babies. A different beginning, Part Three* (pp 38 -88). Mosby.

IV (Rossel, Carreño, & Maldonado, 2002) Affectivity in mothers of hospitalized premature infants. An unknown world). Rev. chil. pediátr. v.73 n.1 Santiago ene , pp 15-21.

V (Lamb, 1976). The role of the father in child development. 1976 New Jersey Ed John Wiley & sons, Inc.

VI (Fegran, Helseth, & Fagermoen, 2008) A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. Journal of Clinical Nursing 17 , pp 810–816.

VII (Tessier, Charpak, Girón, Cristo, Z Figueroa, & Ruiz, 2009) Kangaroo Mother Care, home environment and father involvement in the first year of life: a randomized controlled study. Acta Pediátrica 98 , pp 1444–1450.

VIII Tissier,; Charpak, N; Girón, M Cristo M.E Figueroa, Z; Ruiz, JG & al, (2009). Kangaroo Mother Care, home environment and father involvement in the first year of life: a randomized controlled study. Acta Pediátrica 98 , pp 1444–1450.

IX Arias, N., Stimman, S., Plata, S., & Cristo, M. (2008). Comportamientos de cuidado sensible de 30 padres con sus hijos prematuros que asisten al programa madre canguro integral en el Hospital Universitario San Ignacio (HUSI). (Sensitive care behavior in 30 parents with their premature babies who attend the integral kangaroo mother program in San Ignacio University Hospital (HUSI)). Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio Tesis de grado Facultad de Psicología .

X (Muñoz, Varela, & Plata, 2010.) Impact of the skin to skin contact on the sensitivity in parental care of premature child in India. 8 The International Conference on Kangaroo Mother Care (KMC) Quebec . Canada.

XI (Livingston, Shay Beider, Kant, Gallardo, & Joseph, 2009) Touch and Massage for Medically Fragile Infants.

xiv Guzzetta, A., Baldini, S; Bancale, A; Baroncelli, L; Ciucci, F; Ghirri, P; & al. (2009). Massage Accelerates Brain Development and the Maturation of Visual Function. The Journal of Neuroscience, 29(18): , pp 6042– 6051.

XII (Field, 2010). Postpartum Depression Effects on Early Interactions, Parenting, and Safety Practices: A Review. *Infant Behav Dev.* 2010 February ; 33(1): 1. doi:10.1016/j.infbeh.2009.10.005.

XIII (Sinclair, 2005) *Pediatric Massage Therapy*. 2nd Edition. United States of America, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.: 1, 57, 72.

XIV (Hernandez-Reif, Diego, & Tiffany, 2007) Preterm Infants Show Reduced Stress Behaviors and Activity after 5 days of Massage Therapy. *Infant Behav Dev.* 2007 December; 30(4) , pp 557–561.

XV (Hyesang & Eunjung, 2009); Acute effects of Yakson and Gentle Human Touch on the behavioral state of preterm infants

XVI (Field T. , 2010) Postpartum Depression Effects on Early Interactions, Parenting, and Safety Practices: (Diego & al., 2007). A Descriptive Study of Mothers' Experiences Feeding Their Preterm Infants After Discharge. *Advance in Neonatal Care*, December - Volume 6 - Issue 6 , pp 333-340.

XVII (Onozawa, Vivette, Adams, Modi, & Kumar, 2001) Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. *J Affect Disord* 2001;63: , 202–07, (Livingston K. , Shay Beider, Alexis, Kant, & Gallardo, 2009) Touch and Massage for Medically Fragile Infants. *Evid base del complemento Alternat Med.* 2009 Diciembre, 6 (4) : 473- , pp 473 - 482.

Autres documents à consulter

AAP, C. o. (2008). Hospital Discharge of the High-Risk Neonate. *PEDIATRICS* Volume 122, Number 5, November , 1129 - 26.

Aly, H; Moustafa, MF; Hassanein, SM; Massaro, AN; Amer, HA; Patel, KI (2004). Physical activity combined with massage improves bone mineralization in premature infants: A randomized trial. *Journal of perinatology*, 24: , pp 305-309.

Ferber, S. G. (2002). Massage therapy by mothers and trained professionals enhances weight gain in preterm infants. *Early Human Development*, 67 , pp 37– 45.

FGonzález AP, V.-M. G.-V.-R.-T.-G. (2008). Weight gain in preterm infants following parent-administered Vimala massage: a randomized controlled trial. *Am J Perinatol* 2009 Apr; 26 (4) Epub 2008 Nov 20 , pp 274 -72.

Griffin, T; Abraham, M. (2006). Transition to home from the newborn intensive care unit: applying the principles of family-centered care to the discharge process. *J Perinat Neonatal Nurs.* Jul-Sep; 20(3):243-9; pp 243 -9.