

Méthode « mère kangourou »

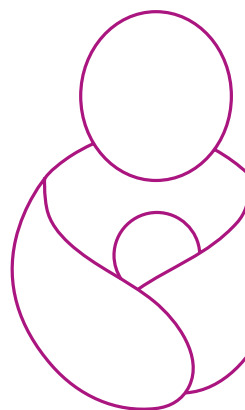
Stratégie de mise en œuvre et d'intensification adaptable à différents contextes nationaux



Organisation
mondiale de la Santé



LA SANTÉ
POUR TOUS



Crédits photos de couverture (à partir du haut, dans le sens horaire) : ©Centre NIDCAP Lund-Malmö/Stina Klemming ;
©Hôpital de Safdarjung/Harish Chellani ; ©LD Photography/Idowu Olamide ; ©OMS/Gato Borrero ; ©Centre NIDCAP
LundMalmö/Stina Klemming

Méthode « mère kangourou »

Stratégie de mise en œuvre et d'intensification
adaptable à différents contextes nationaux



Organisation
mondiale de la Santé



LA SANTÉ
POUR TOUS

Méthode « mère kangourou » : stratégie de mise en œuvre et d'intensification adaptable à différents contextes nationaux [Kangaroo mother care: implementation strategy for scale-up adaptable to different country contexts]

ISBN 978-92-4-008936-5 (version électronique)

ISBN 978-92-4-008937-2 (version imprimée)

© Organisation mondiale de la Santé 2024

Certains droits réservés. La présente œuvre est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué cidessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation du logo de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>).

Citation suggérée. Méthode « mère kangourou » : stratégie de mise en œuvre et d'intensification adaptable à différents contextes nationaux [Kangaroo mother care: implementation strategy for scale-up adaptable to different country contexts]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2024. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <https://iris.who.int/?locale-attribute=fr&>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <https://www.who.int/publications/book-orders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <https://www.who.int/fr/copyright>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non-responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'OMS a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue pour responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Table des matières

Remerciements	v
Abréviations et sigles	vii
Glossaire	viii
Introduction	1
– Vision et position mondiales relatives à la méthode « mère kangourou »	1
– Justification d’une stratégie de mise en œuvre et d’intensification de la méthode « mère kangourou »	2
– Objectif de la stratégie de mise en œuvre	4
– Public cible de la stratégie de mise en œuvre	4
– Processus d’élaboration de la stratégie de mise en œuvre	4
Argumentaire en faveur de la méthode « mère kangourou »	7
– Sauver des vies, faire progresser le capital humain	7
– Humaniser les soins, autonomiser et avantager la mère	7
– Tremplin pour améliorer la prestation de soins de qualité aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades et aux mères	8
– Intervention rentable et avantages économiques à long terme	9
– Promouvoir le développement durable	9
Considérations relatives à la conception d’une stratégie de mise en œuvre de la méthode « mère kangourou »	11
– Enseignements tirés des efforts nationaux visant à intensifier la méthode « mère kangourou »	11
– Données probantes issues de la recherche sur la mise en œuvre	17
Principes directeurs relatifs à la mise en œuvre de la méthode « mère kangourou »	21
– Reconnaître le rôle de la mère en tant que première personne chargée des soins	21
– Répondre aux besoins de la mère	22
– Mettre en œuvre la méthode « mère kangourou » en tant que fondement des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades	22
– Prodiger des soins « mère kangourou » à tous les niveaux de l’établissement de santé et dans la communauté	24
– Adapter la mise en œuvre en fonction du contexte de revenu national et du système de santé	25
– S’aligner sur les lignes directrices de l’Organisation mondiale de la Santé	26
– Principes programmatiques généraux	27



Stratégie de mise en œuvre et d'intensification	31
– Mobiliser les dirigeants politiques et élaborer des politiques de soutien de la méthode « mère kangourou » avec un plan de mise en œuvre national	31
– Garantir un financement adéquat et durable	32
– Accroître la disponibilité, la capacité et la motivation des prestataires de santé	33
– Réorganiser la prestation de services pour répondre simultanément aux besoins des mères et des nourrissons	34
– Moderniser l'infrastructure et la conception des soins maternels et néonataux afin de créer un environnement propice à la méthode « mère kangourou »	35
– Mettre au point des systèmes de données robustes et exploiter les données pour améliorer la qualité	36
– Créer un réseau de soins fonctionnel et améliorer le transport lors de la référence	39
Application de la stratégie de mise en œuvre	41
– Planification et coordination nationales de la mise en œuvre de la méthode « mère kangourou »	41
– Planification et mise en œuvre au niveau infranational	42
La voie à suivre	47
Références bibliographiques	48



Remerciements

L'OMS exprime sa sincère reconnaissance au groupe de travail sur la méthode « mère kangourou », convoqué par le Groupe consultatif stratégique et technique d'experts (STAGE) de l'OMS pour la santé et la nutrition de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (MNCAH&N), énumérés ci-dessous. Toutes les organisations participantes ont approuvé le document de position.

Groupe de travail sur la méthode « mère kangourou » - Groupe consultatif stratégique et technique d'experts (STAGE) pour la santé et la nutrition de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (MNCAH&N)

Présidents : Gary Darmstadt, Prematurity Research Center, Department of Pediatrics, Stanford University School of Medicine, Stanford, Californie, États-Unis d'Amérique ; Betty Kirkwood, London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Directeurs de programme nationaux de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (MNCAH) : Queen Dube, ministère de la santé, Malawi ; Sumita Ghosh, ministère de la santé, Inde

Organismes bilatéraux : Meena Gandhi, Bureau des affaires étrangères, du Commonwealth et du développement du Royaume-Uni (UK-FCDO) ; Lars Gronseth, Agence norvégienne de coopération pour le développement (NORAD) ; Aya Hasegawa et Keiko Osaki, Agence japonaise de coopération internationale (JICA) ; Lily Kak, Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)

Organisations donatrices : Sufia Askari et Mihretab Salasibew, Children's Investment Fund Foundation (CIFF) ; Maneesh Batra et Hema Magge, Fondation Bill & Melinda Gates ; Tore Laerdal, Laerdal Foundation

Associations professionnelles et organisations non gouvernementales : Nathalie Charpak, Kangaroo Foundation, Colombie ; Elizabeth Franklin, Confédération internationale des sages-femmes (ICM) ; Bo Jacobsson, Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) ; Janna Patterson, American Academy of Pediatrics (AAP) ; Roberta Petrucci, Médecins sans frontières (MSF) (international), Suisse ; Nalini Singhal, Association internationale de pédiatrie (IPA) ; Karen Walker, Council of International Neonatal Nurses (COINN) ; Steve Wall, Save the Children

Groupes et organisations de parents : Tasmin Bota (Preemie Connect), Afrique du Sud ; Viviana Fernandez, Fundación para Padres de Niños Prematuros (FUNDAPREMA), Costa Rica ; Silke Mader, European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI), Allemagne

Organismes des Nations Unies : Kim Dickson, Tedbabe Degefe Hailegebriel et Luwei Pearson (UNICEF) ; Rajiv Bahl et Shuchita Gupta (OMS ; a assuré le secrétariat du groupe de travail) ; Mickey Chopra (Groupe de la Banque mondiale)

Institutions spécialisées/partenariats : Teesta Dey, Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH)

Experts et scientifiques internationaux : Ebunoluwa Adejuyigbe, Obafemi Awolowo University, Ile-Ife, Nigéria ; Zulfiqar Bhutta, Centre for Global Child Health, Canada et Aga Khan University, Pakistan ; Harish Chellani, Vardhman Mahavir Medical College et Safdarjung Hospital, Inde ; Nicholas Embleton, pédiatre néonatal, Newcastle Hospitals NHS Foundation Trust, Newcastle upon Tyne, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord ; Abiy Seifu Estifanos, School of Public Health of Addis Ababa University, Éthiopie ; Joy Lawn, LSHTM ; Jan Lucas Ket, pédiatre et ancien directeur, Rotary International ; Sarmila Mazumder, Society for Applied Studies, Inde ; Peter Waiswa, Makerere University School of Public Health, Ouganda ; Dilys Walker, University of California, San Francisco, États-Unis d'Amérique ; Bjorn Westrup, Karolinska Institutet, Suède

Shuchita Gupta (OMS) a supervisé la rédaction du document, laquelle a bénéficié des solides conseils et contributions à la rédaction et à la révision de Rajiv Bahl (OMS), Gary Darmstadt et Betty Kirkwood. Linda Vesel (consultante) a contribué à la préparation de la première ébauche.

Les membres du Groupe consultatif stratégique et technique d'experts de l'OMS pour la santé et la nutrition de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent ont apporté leur contribution et ont examiné et approuvé le document final en leur nom, ou au nom de leur organisation. De nombreuses autres parties prenantes ayant participé aux réunions ordinaires du Groupe consultatif stratégique et technique d'experts, ainsi qu'Anayda Portela (OMS), ont également apporté leur précieuse contribution au contenu.

Les coûts de traduction de ce document ont été financés par la Fondation Chiesi.



Des soignantes s'occupent d'une mère avec un nouveau-né en position « mère kangourou » dans un hôpital de Mongolie.

Abréviations et sigles

24/7	24 heures sur 24, 7 jours sur 7
DHIS2	plateforme d'information sanitaire (en anglais, District Health Information Software 2)
ENAP	<i>Plan d'action pour la santé du nouveau-né</i>
HMIS	système d'information sanitaire (en anglais, Health Management Information System)
IC	intervalle de confiance
MNCAH&N	Santé et nutrition de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
OMS	Organisation mondiale de la Santé
STAGE	Groupe consultatif stratégique et technique d'experts de l'OMS
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international

Glossaire

Groupe consultatif stratégique et technique d'experts (STAGE) de l'OMS pour la santé et la nutrition de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (MNCAH&N)

Groupe consultatif externe d'experts techniques qui fournit des conseils stratégiques et techniques à l'OMS sur les questions relatives à la santé et à la nutrition de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Son champ d'action comprend les priorités mondiales et les questions émergentes pour lesquelles des politiques, des stratégies, des recommandations et des interventions devraient être élaborées ou mises à jour, dans le but d'aider les États Membres à atteindre les cibles correspondantes des objectifs de développement durable. Le Groupe rend directement compte au Directeur général de l'OMS (6).

Méthode « mère kangourou »

Soins apportés aux nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance, sous la forme d'un contact peau à peau continu et prolongé (c.-à-d. 8 à 24 heures par jour, aussi longtemps que possible), débutés immédiatement après la naissance, sauf si le nouveau-né est gravement malade, avec un soutien pour l'allaitement maternel exclusif ou l'alimentation avec du lait maternel (3). Une autre caractéristique de la méthode « mère kangourou », lorsqu'elle est mise en place dans les établissements de santé, est la sortie en temps opportun de l'unité de soins néonataux intensifs ou spéciaux vers un niveau inférieur de soins dans l'établissement, ou le retour à domicile, avec un contact peau à peau continu et une surveillance étroite (4).

Mortalité néonatale

Décès d'un nouveau-né dans les 28 premiers jours après la naissance. Elle est comptabilisée sous la forme du taux de mortalité néonatale (c.-à-d. décès de nouveau-nés dans les 28 premiers jours après la naissance, pour 1000 naissances vivantes).

Nourrisson de faible poids de naissance

Nourrisson dont le poids de naissance est inférieur à 2500 g, indépendamment de l'âge gestationnel.

Nourrisson prématuré

Nourrisson né avant la 37^e semaine d'âge gestationnel.

Nouveau-né malade

Nouveau-né qui a besoin de soins médicaux.

Plan d'action pour la santé du nouveau-né (ENAP)

Le *Plan d'action pour la santé du nouveau-né* (ENAP) est un cadre mondial visant à mettre fin aux décès maternels et néonataux et aux mortinaissances évitables. Le plan établit un programme d'action et d'évaluation à intégrer aux plans nationaux pour la santé du nouveau-né, qui repose sur les informations les plus récentes en matière d'épidémiologie, de données probantes et d'apprentissage mondial et national. Il a été élaboré en tenant compte des avis des experts et des partenaires, sous la conduite de l'OMS et de l'UNICEF, ainsi que des résultats de plusieurs consultations multipartites. Le plan final a été approuvé par 194 États membres lors de la soixante-septième assemblée mondiale de la santé en mai 2014, lesquels se sont engagés à mettre en pratique les mesures recommandées. Le Directeur général de l'OMS a été prié de suivre les progrès accomplis par rapport aux cibles mondiales et de faire rapport périodiquement à l'Assemblée mondiale de la Santé jusqu'en 2030 (1).

Soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades

Soins non ambulatoires en établissement, destinés aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades, comprenant la prise en charge des complications liées à la prématurité et/ou au faible poids de naissance et la prise en charge des infections néonatales (sepsis, méningite, pneumonie et causes de diarrhée) (5).

Niveau	Type de soins prodigués	Normes de soins et interventions fondées sur des données probantes
Primaire	Soins essentiels aux nouveau-nés	Soins immédiats au nouveau-né (séchage complet, contact peau à peau du nouveau-né avec la mère, retardement du clampage du cordon ombilical, soins hygiéniques du cordon) ; réanimation néonatale (pour ceux qui en ont besoin) ; démarrage précoce et soutien de l'allaitement maternel exclusif ; soins courants (vitamine K, soins oculaires et vaccinations, pesée et examens cliniques) ; prévention de la transmission mère-enfant du VIH ; évaluation, prise en charge et orientation relatives aux infections bactériennes, à l'ictère et à la diarrhée, aux problèmes d'alimentation, aux malformations congénitales et à d'autres problèmes ; conseils, avant la sortie, sur les soins et le suivi de la mère et du nourrisson.
Secondaire	Soins spéciaux aux nouveau-nés	Protection thermique ; confort et prise en charge de la douleur ; méthode « mère kangourou » ; alimentation assistée en vue d'une nutrition optimale (alimentation à la tasse et alimentation par sonde nasogastrique) ; administration sûre d'oxygène ; prévention de l'apnée ; détection et prise en charge de l'infection néonatale ; détection et prise en charge de l'hypoglycémie, de l'ictère, de l'anémie et de l'encéphalopathie néonatale ; prise en charge de la crise convulsive ; administration sûre de solutés intraveineux ; détection et orientation des malformations congénitales. Transition vers les soins intensifs : ventilation en pression positive continue ; exsanguino-transfusion ; détection et prise en charge de l'entérocolite nécrosante ; suivi spécialisé des nourrissons à haut risque (y compris prématurés).
Tertiaire	Soins intensifs aux nouveau-nés	Soutien avancé à l'alimentation (p. ex. nutrition parentérale) ; ventilation artificielle/assistée, y compris l'intubation ; dépistage et traitement de la rétinopathie de la prématurité ; traitement par surfactant ; détection et prise en charge des malformations congénitales ; chirurgie pédiatrique ; services génétiques.

Système d'information sanitaire

Système de collecte, de traitement, de notification, d'analyse et d'utilisation des données de routine dans les établissements de santé et dans la communauté. Il fournit des informations essentielles aux décideurs nationaux, aux responsables de la santé de district, aux administrateurs d'établissement et aux agents de santé à tous les niveaux du système de santé ; il constitue en outre l'armature des programmes nationaux de prestation de services de santé (2).

Références bibliographiques pour le glossaire

1. World Health Organization. (2014). *Every newborn: an action plan to end preventable deaths*. World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/127938>).
2. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2020). *Every newborn progress report 2019*. World Health Organization (<https://iris.who.int/handle/10665/368723>, consulté le 30 novembre 2022).
3. World Health Organization. (2015). *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/183037>).
4. Chark N, Ruiz-Peláez JG, Figueroa de CZ, Chark Y. Kangaroo mother versus traditional care for newborn infants ≤2000 grams: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 1997;100(4):682–8. doi:10.1542/peds.100.4.682
5. World Health Organization. (2019). *Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn*. World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326495>).
6. Strategic and Technical Advisory Group of Experts (STAGE). *Handbook on maternal, newborn, child, adolescent health & nutrition*. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/stage/stage-mncahn-handbook-final.pdf>, consulté le 21 avril 2023).



Laïke est né cinq semaines avant terme. Il est très malade, souffre d'hyperthyroïdie et a besoin d'un traitement pendant de nombreuses semaines. Après une courte stabilisation initiale, il a bénéficié de soins « mère kangourou » précoces et ses parents ont maintenu un contact peau à peau continu tout au long de son hospitalisation. Centre NIDCAP Lund-Malmö, Stockholm.

1

Introduction

Vision et position mondiales relatives à la méthode « mère kangourou »

La méthode « mère kangourou » fait référence aux soins apportés aux nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance, sous la forme d'un contact peau à peau continu et prolongé (c.-à-d. 8 à 24 heures par jour, aussi longtemps que possible), débutés immédiatement après la naissance^a, avec un soutien pour l'allaitement maternel exclusif ou l'alimentation avec du lait maternel. Une autre caractéristique de la méthode « mère kangourou », lorsqu'elle est mise en place dans les établissements de santé, est la sortie en temps opportun de l'unité de soins néonataux intensifs ou spéciaux vers un niveau inférieur de soins dans l'établissement, ou le retour à domicile, avec un contact peau à peau continu et une surveillance étroite (1, 2).

Le groupe de travail mondial sur la méthode « mère kangourou », convoqué par le Groupe consultatif stratégique et technique d'experts (STAGE) de l'OMS pour la santé et la nutrition de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (MNCAH&N) prévoit que la mère et le nourrisson reçoivent des soins respectueux et puissent rester ensemble dès la naissance, quel que soit leur état clinique, à moins que l'un d'eux ne soit gravement malade. Il convient que tous les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance dans les contextes de revenu faible, intermédiaire ou élevé, reçoivent des soins « mère kangourou » immédiatement après la naissance, parallèlement à d'autres interventions essentielles fondées sur des données probantes, en vue d'améliorer leur survie, leur croissance, leur santé et leur développement.

Le *document de position mondial* sur la méthode « mère kangourou » expose cette vision, ainsi que la position conjointe du groupe de travail ad hoc sur la mise en œuvre de la méthode en tant que partie intégrante des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades, dans le cadre des programmes nationaux de santé maternelle, néonatale et infantile (1, 2). Il met l'accent sur l'importance de la méthode pour tous les nourrissons prématurés (âge gestationnel <37 semaines) ou de faible poids de naissance (poids de naissance <2,5 kg), qu'ils soient en bonne santé ou malades (1). En outre, il met en évidence les nouvelles données probantes quant aux innombrables avantages de ce type de soins pour les nourrissons, les mères et les familles, et appelle à une action collaborative mondiale pour mettre en œuvre la méthode « mère kangourou » à l'échelle voulue, en vue d'un impact planétaire. Ce document insiste sur la valeur unique de la méthode pour humaniser les soins prodigués aux nourrissons : elle permet de fournir des soins efficaces et de haute qualité, quelles que soient les insuffisances en matière de technologie ou de ressources ; elle autonomise les mères et les aidants et renforce leur confiance en ce qui concerne la capacité d'assurer les soins physiques et émotionnels des nourrissons ; elle améliore la survie, la santé et le bien-être à la fois des mères et des nourrissons.

La mise en œuvre de la méthode « mère kangourou » à l'échelle voulue nécessite :

- une perspective globale du système et des changements structurels afin de positionner les mères et les nourrissons au centre des soins, en les maintenant ensemble après la naissance et en leur prodiguant les soins adéquats ;
- l'engagement de la direction politique et programmatique à mettre en œuvre la méthode comme fondement des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades ;
- un budget dédié à la mise en œuvre de la méthode dans le cadre des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades, au sein des programmes nationaux de santé maternelle, néonatale et infantile ; et
- l'élaboration et la mise en œuvre d'un cadre de suivi-évaluation pour contrôler les progrès.

a Après les premiers soins à la naissance pour les accouchements en établissement, sauf si le nourrisson est incapable de respirer spontanément même après la réanimation, est en état de choc ou a besoin d'une ventilation mécanique ; immédiatement après la naissance pour les accouchements à domicile, sauf si le nourrisson présente des signes de danger ou nécessite des soins médicaux (il se situe en dessous du seuil national en matière d'âge gestationnel ou de poids à la naissance et répond aux critères d'admission dans une unité de soins néonataux).



L'apport de soins « mère kangourou » immédiats aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades constitue l'approche optimale pour sauver des vies dans tous les contextes. La méthode ne doit pas être perçue comme une stratégie à faibles ressources ; elle est en fait supérieure aux stratégies actuelles de haute technologie (1).

Justification d'une stratégie de mise en œuvre et d'intensification de la méthode « mère kangourou »

Écart de couverture malgré les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé et les politiques nationales

Il existe peu d'études publiées sur la couverture de la méthode en population, mais on sait que cette couverture est faible à l'échelle mondiale, malgré les lignes directrices de longue date de l'OMS, les politiques nationales, ainsi que la poursuite des actions de sensibilisation et les efforts continus des organisations mondiales. En 2019, seuls 32 % des 90 pays qui ont fait état de progrès dans le cadre du *Plan d'action pour la santé du nouveau-né* (ENAP) disposaient d'une politique ou d'une ligne directrice mise à jour sur la méthode « mère kangourou » (3). Même dans les pays dotés de politiques ou de lignes directrices en matière de soins « mère kangourou », celles-ci sont rarement transposées en une application programmatique, en raison de multiples obstacles à la mise en œuvre (4, 5). L'accroissement de la couverture de la méthode au niveau national ou infranational n'a été documenté que dans quelques pays, avec diverses approches de mise en œuvre et des résultats encourageants, quoique non optimaux. Par exemple, aux Philippines, à la suite d'un effort d'intensification de niveau national à partir de 2015, environ 53 % des nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance (<36 semaines/<2000 g) ont bénéficié de soins « mère kangourou » dans un échantillon de 45 hôpitaux en 2019 (6). Au Bangladesh, les efforts nationaux visant à intensifier la méthode à partir de 2016 ont conduit à ce que 22 % des nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance (<2000 g) inclus dans l'ensemble de données national relatif à la méthode, au sein de la plateforme DHIS2, reçoivent des soins « mère kangourou » en 2020 (7). Le Malawi a élaboré une politique nationale en matière de soins « mère kangourou » et a intégré la méthode dans le plan de travail du ministère de la Santé, ainsi que dans son ensemble de soins essentiels dédiés à la santé maternelle et néonatale en 2005-2006. Pourtant, en 2017, 22 % seulement des nourrissons potentiellement admissibles ont bénéficié de ce type de soins à l'échelle nationale (8, 9). De même, en Colombie, où la méthode a été intégrée à la politique gouvernementale en 2009, environ 63 % des nourrissons admissibles y avaient accès en 2021 (10).

Variabilité de la compréhension de l'intervention et de la façon de la mettre en œuvre

Il existe une variabilité entre les différentes parties prenantes en ce qui concerne leur compréhension de la méthode et de la façon de la mettre en œuvre. Souvent, les études mettant en œuvre ou évaluant la méthode « mère kangourou » ne la définissent pas, ou bien la définition varie au niveau des composantes telles que le contact peau à peau seul ou avec le soutien à l'allaitement maternel exclusif, ainsi qu'au niveau du nombre d'heures de pratique quotidienne nécessaires à l'efficacité de la méthode (11, 12). Les mécanismes par l'intermédiaire desquels la méthode a été introduite et étendue dans différents contextes nationaux ont également connu des variations, et les gouvernements ont utilisé différentes approches programmatiques pour sa mise en œuvre (4, 13, 14). Les établissements de santé, à différents niveaux de soins et dans différents pays, appliquent la méthode « mère kangourou » ; il existe une variabilité en matière de pratique, couverture, type et qualité des services, ainsi que de disponibilité et de qualité des données.

De nouvelles données probantes et lignes directrices sont désormais disponibles ; elles facilitent le consensus sur les aspects de mise en œuvre de la méthode. De plus, il existe des enseignements et des données probantes sur les stratégies d'intervention des systèmes de santé qui ont permis d'atteindre, en population, une couverture élevée des soins « mère kangourou » continus et prolongés (15, 16). Le fait de disposer d'un consensus sur la stratégie de mise en œuvre adaptable à différents contextes nationaux aidera les gestionnaires de programmes nationaux et les agents de santé à appliquer la méthode pour tous les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance, à tous les niveaux de soins des établissements et dans la communauté.

Possibilité d'intégration au processus d'intensification des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades

La méthode « mère kangourou » est une intervention complexe, à la fois en tant que pratique individuelle et en tant que composante programmatique des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades. D'une part, la mère et la famille doivent adopter des comportements spécifiques en vue de porter et de nourrir le nourrisson prématuré ou de faible poids de naissance pendant une période prolongée. D'autre part, le système de santé doit être prêt à fournir des interventions cliniques essentielles et des services de soutien qui favorisent des soins respectueux et de qualité à la fois pour la mère et le nourrisson en tant qu'unité, en un seul endroit, afin de permettre à la mère et à la famille de pratiquer la méthode « mère kangourou ». Ainsi, la mise en œuvre de la méthode exige la colocalisation des soins maternels et néonataux, de sorte que la mère et le nourrisson puissent rester ensemble après la naissance, même lorsqu'un nourrisson prématuré ou de faible poids de naissance est malade et a besoin de soins dans une unité de soins néonataux intensifs ou spéciaux. Elle appelle à une collaboration étroite entre les prestataires de soins pédiatriques et maternels et encourage la participation de la famille aux soins maternels et néonataux, la mère étant la principale personne chargée des soins au nouveau-né, même lorsqu'il est prématuré, de faible poids ou malade. Par conséquent, la stratégie de mise en œuvre définit un modèle fondamental qui prévoit, restructure et applique des soins optimaux à tous les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance, qu'ils soient en bonne santé ou malades, en utilisant la méthode « mère kangourou » comme point d'appui.

Compte tenu du regain d'intérêt et d'investissement dans la hiérarchisation et l'intensification des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades au cours des dernières années, le contexte est opportun pour valoriser et intégrer la pratique (fondée sur des données probantes) de la méthode « mère kangourou » en tant que fondement du renforcement des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades dans les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile (18, 19). Bien que le renforcement des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades soit probablement axé sur les établissements de soins secondaires ou de niveau 2, la vision renouvelée autour de l'intensification de la méthode « mère kangourou » offre l'occasion de réorganiser et de consolider la prestation de services pour les nouveau-nés prématurés ou de faible poids de naissance à tous les niveaux de soins.



Objectif de la stratégie de mise en œuvre

L'objectif de la stratégie de mise en œuvre est :

- de guider les pays dans la mise en œuvre de la méthode pour tous les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance, qu'ils soient en bonne santé ou malades, en tant que fondement des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades à différents niveaux de soins dans l'établissement et dans la communauté, en fonction du système de santé spécifique et du contexte culturel ou social ;
- d'énoncer les principes programmatiques relatifs à la mise en œuvre de la méthode en tant que partie intégrante des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades, ainsi que les moyens de les concrétiser.

Public cible de la stratégie de mise en œuvre

La stratégie de mise en œuvre de la méthode s'adresse à un large public. Il s'agit notamment de décideurs politiques et de gestionnaires de programmes aux niveaux national, régional et local, d'organisations gouvernementales et non gouvernementales œuvrant dans le domaine des soins maternels et néonataux, d'associations professionnelles mondiales et nationales, de gestionnaires d'hôpitaux publics et privés à tous les niveaux de soins, ainsi que de prestataires de santé maternelle et néonatale en établissement et dans la communauté.

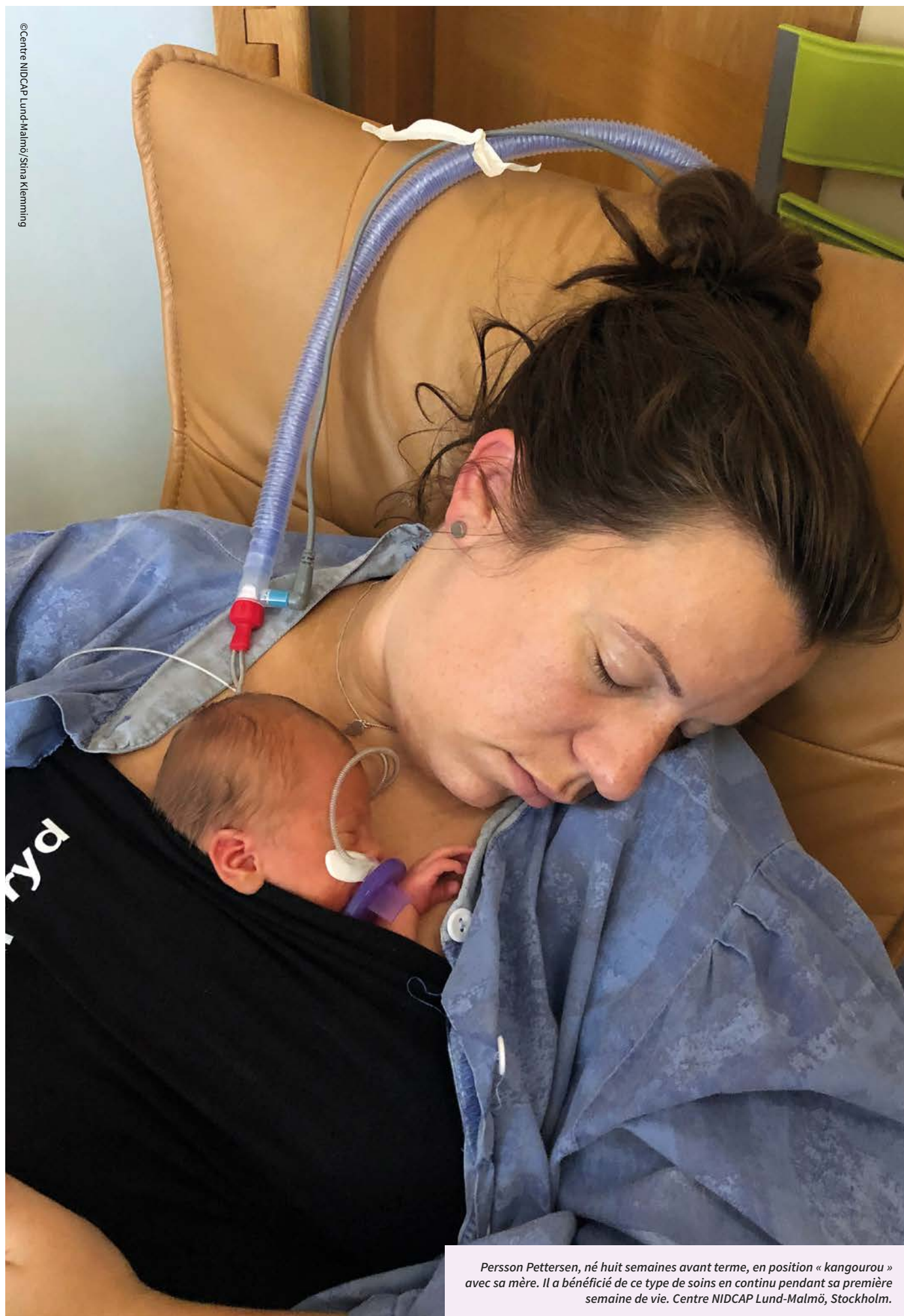
Processus d'élaboration de la stratégie de mise en œuvre

La stratégie de mise en œuvre a été préparée par l'Organisation mondiale de la Santé, en collaboration avec un groupe de travail sur la méthode « mère kangourou », convoqué par le Groupe consultatif stratégique et technique d'experts (STAGE) de l'OMS pour la santé et la nutrition de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (MNCAH&N) (20). (Voir la rubrique Remerciements pour plus de détails sur la composition du groupe de travail.)

Conformément aux procédures de déclaration d'intérêts de l'OMS (21), tous les experts externes agissant à titre individuel ont été invités à déclarer par écrit tout intérêt antagonique (universitaire, financier ou autre) en utilisant le formulaire standard dédié de l'OMS. Le Secrétariat de l'OMS a examiné tous les formulaires pour déterminer s'il existait des conflits d'intérêts. Dans le cadre du présent travail, aucun des experts n'a déclaré un conflit d'intérêts susceptible de présenter un risque pour le processus d'élaboration du document ou de réduire sa crédibilité.

Des experts mondiaux indépendants et reconnus ont été nommés présidents et l'OMS a assuré le secrétariat du groupe de travail. Des séances de réflexion collective et des consultations en ligne ont été organisées avec tous les membres en vue d'élaborer la première ébauche ; celle-ci a bénéficié des synthèses de données probantes existantes, issues des revues systématiques commandées pour les lignes directrices de l'OMS relatives aux soins des nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance (1). De nouvelles revues systématiques ont été commandées, selon le cas. Les présidents et tous les membres du groupe de travail ont examiné et commenté les grandes lignes et le contenu du projet de document. Toute divergence d'opinions a été débattue entre les membres du groupe de travail lors de réunions ordinaires en ligne. D'autres réunions ont été organisées avec différents membres et les présidents du groupe de travail afin de répondre à des préoccupations particulières, selon le cas. L'objectif des réunions était de parvenir à un consensus sur le contenu, y compris la terminologie et les stratégies.

Le secrétariat a recueilli les commentaires de tous les participants et parachevé le contenu du document. Les représentants des organisations ont procédé à l'examen du document au sein de leur structure afin de fournir les perspectives et la validation correspondantes. L'adoption finale du contenu du document a eu lieu par consensus, défini comme accord définitif entre tous les membres du groupe de travail. La stratégie de mise en œuvre a été approuvée par toutes les organisations participantes et par le Groupe consultatif stratégique et technique d'experts de l'OMS pour la santé et la nutrition de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, lequel rend directement compte au Directeur général de l'OMS.



Persson Pettersen, né huit semaines avant terme, en position « kangourou » avec sa mère. Il a bénéficié de ce type de soins en continu pendant sa première semaine de vie. Centre NIDCAP Lund-Malmö, Stockholm.



2

Rajai, né par césarienne presque 12 semaines avant terme, a bénéficié d'un contact peau à peau immédiat avec sa tante (la sœur de sa mère), car le père n'a pas pu quitter le travail à temps. Centre NIDCAP Lund-Malmö, Stockholm.

Argumentaire en faveur de la méthode « mère kangourou »

Sauver des vies, faire progresser le capital humain

De nombreuses données probantes provenant de divers contextes soulignent l'utilité de la méthode « mère kangourou » pour aider les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance à survivre et à s'épanouir. Parmi les nombreux avantages, citons : une réduction de 32 % de la mortalité néonatale ; une réduction de 25 % de la mortalité à l'âge de six mois ; une réduction de 68 % de l'hypothermie à la sortie de l'établissement ou à 28 jours après la naissance ; une réduction de 15 % des infections graves ou du sepsis ; une augmentation de 48 % de la durée de l'allaitement maternel exclusif à la sortie de l'établissement, ainsi qu'une amélioration de la croissance (22). Ainsi, la méthode « mère kangourou » contribue directement à la cible 3.2 des objectifs de développement durable (ODD) visant à ramener d'ici à 2030 la mortalité néonatale à 12 pour 1000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1000 naissances vivantes au plus (23).

Les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance courent également un risque accru d'issues défavorables à long terme. Il s'agit notamment d'un risque accru de maladies chroniques impliquant divers organes, et de troubles neurodéveloppementaux et cognitifs persistant de l'enfance à l'âge adulte ou se manifestant à l'âge adulte, ce qui peut entraîner des répercussions considérables sur le capital humain et, par conséquent, sur l'économie d'un pays (24). Les interventions préventives en matière de prématurité sont rares à l'heure actuelle et ont des effets limités. La méthode « mère kangourou » améliore non seulement la survie, mais apporte également des avantages sociaux et comportementaux durables. Chez les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance qui ont bénéficié de soins « mère kangourou », on observe une réduction de l'absentéisme scolaire, de l'hyperactivité, de l'agressivité et des troubles d'extériorisation. À l'âge adulte, ils sont des parents plus protecteurs et attentionnés, reçoivent un salaire horaire plus élevé et sont moins susceptibles d'adopter des conduites de déviance sociale (24). Les personnes de 20 ans qui ont bénéficié de ce type de soins en période néonatale présentaient également un cerveau sensiblement plus volumineux et une fonction cérébrale améliorée (par exemple, intelligence, attention, mémoire et coordination) (25). La méthode « mère kangourou » contribue donc à la santé et au bien-être à long terme, ainsi qu'au capital humain à plus longue échéance.

Humaniser les soins, autonomiser et avantager la mère

La conception, certes bien intentionnée, des systèmes de santé et des mécanismes de prestation de services a marginalisé et déresponsabilisé les mères en ce qui concerne la participation active à leurs propres soins et à ceux de leur nourrisson, en particulier lorsque ce dernier est prématuré ou de faible poids de naissance et malade. La méthode « mère kangourou » est une intervention qui permet à la mère de jouer un rôle central dans ses propres soins et ceux de son nouveau-né, inversant ainsi le transfert de pouvoir entre la mère et les prestataires ou les systèmes de santé. Elle facilite les soins maternels respectueux et responsabilise les nouvelles mères en tant que premières dispensatrices des soins, même lorsque le nourrisson est prématuré ou de faible poids de naissance et malade. Elle renforce la confiance des mères quant à leur capacité à prendre soin de leur nourrisson, améliore la satisfaction à l'égard de la qualité des soins maternels et néonataux qui sont prodigués et consolide le lien et l'attachement (12, 26-28). De plus, la méthode offre plusieurs avantages physiologiques et psychologiques pour la santé des mères. Celles qui pratiquent la méthode présentent un risque 24 % plus faible de symptômes dépressifs modérés à sévères, avec des scores systématiquement inférieurs en matière de stress et d'anxiété postpartum et une tendance à un mieux-être psychosocial général (28). Des études suggèrent que le contact peau à peau immédiatement après la naissance est également susceptible de diminuer la durée du troisième stade du travail (29) et l'hémorragie postpartum (30).

Tremplin pour améliorer la prestation de soins de qualité aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades et aux mères

Le *Plan d'action pour la santé du nouveau-né* a proposé de nouvelles cibles de couverture pour les soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades pour la période 2020-2025 (18). Selon la nouvelle cible mondiale, 80 % des pays devraient disposer d'un plan de mise en œuvre national, pour la moitié du territoire au moins, avec un nombre adéquat d'unités d'hospitalisation fonctionnelles de niveau 2 reliées à des unités de niveau 1 pour les nouveau-nés de petit poids et/ou malades, fournissant des soins centrés sur la famille. Les cibles nationales et infranationales stipulent que 80 % des districts (ou des unités infranationales équivalentes) devraient disposer d'au moins une unité d'hospitalisation de niveau 2 dédiée aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades, avec une assistance respiratoire, y compris une ventilation en pression positive continue (18). Il est également nécessaire d'établir des liaisons de référence, fonctionnelles entre les niveaux de soins inférieurs et supérieurs.

Il est prévu que les pays atteignent cette couverture avec une qualité définie à l'aide des normes de l'OMS (31). Les normes de l'OMS pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé précisent que chaque femme et chaque nourrisson doivent recevoir des soins courants fondés sur des données probantes et bénéficier d'une prise en charge des complications durant la période postnatale, conformément aux lignes directrices de l'OMS, dans le respect et la préservation de leur dignité. Les normes stipulent en outre que les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance devraient rester avec leur mère ou les aidants (séparation réduite au maximum) et recevoir des soins « mère kangourou » dès que possible après la naissance. Il convient que toutes les mères, tous les aidants et les familles soient en mesure de participer activement aux soins du nourrisson et à la prise de décision, d'exercer leur droit au consentement éclairé et de faire des choix dans un environnement où leurs besoins socioéconomiques, émotionnels et culturels sont respectés et soutenus (31).

Les interventions, fondées sur des données probantes, pour les soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades comprennent la méthode « mère kangourou », ainsi que d'autres interventions telles que : l'alimentation assistée ; l'administration sûre d'oxygène ; la détection et la prise en charge de l'infection néonatale, de l'ictère, de l'encéphalopathie néonatale et des anomalies congénitales ; la prise en charge de la détresse respiratoire chez le prématuré avec ventilation en pression positive continue (1, 19). Toute unité d'hospitalisation néonatale de niveau 2 correctement équipée peut fournir l'ensemble de ces interventions. Cependant, l'expérience de soins donnés aux mères et aux nourrissons dépend de leur maintien et de leur prise en charge en tant qu'unité indivisible après la naissance, et de la garantie d'une participation de la famille aux soins (31). Par conséquent, permettre aux mères et aux nourrissons de rester ensemble et de recevoir des soins en tant qu'unité, en un seul endroit, tout en pratiquant la méthode « mère kangourou » dès la naissance, devient la norme de soins par défaut pour les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance, même lorsqu'ils sont malades. Ce modèle de soins permet une prise en charge médicale de haute qualité pour la mère et le nourrisson, tout en assurant une protection thermique, un allaitement maternel exclusif et une meilleure interaction entre la mère/l'aidant et le nourrisson, autant d'éléments qui contribuent à un développement neurologique optimal. La participation directe et active du père/du partenaire et des familles aux soins maternels et néonataux permet également de mieux préparer la sortie de l'établissement et d'offrir un meilleur soutien émotionnel et social à la mère.

De ce fait, l'intensification des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades, axés sur la méthode « mère kangourou », favorisera la mise en place de tous les paramètres qualitatifs essentiels et contribuera à améliorer la prestation de soins de qualité aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades et aux mères, dans tous les contextes. Cependant, il est important de noter que la méthode peut aussi être mise en œuvre dans les pays qui ne disposent pas de systèmes bien établis en matière de soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades. Aussi la méthode pourrait-elle être le fer de lance pour la mise en place de ces soins dans de tels contextes.

Intervention rentable et avantages économiques à long terme

La méthode « mère kangourou » est une intervention hautement efficace ; son coût au sein d'un établissement de santé est inférieur à celui des soins néonataux conventionnels et elle s'avère plus efficace pour améliorer l'état de santé des nourrissons à court et à long terme. Le rapport coût marginal/utilité de la méthode, comparativement aux soins conventionnels, a été estimé à 1546 USD de moins par année de vie supplémentaire gagnée et ajustée sur la qualité de vie (32). Les coûts d'une intensification réussie de la méthode « mère kangourou » sont également abordables. Le coût marginal total de l'intensification de la méthode (c'est-à-dire le coût de la méthode en sus des autres composantes de soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades), pour un district, s'élevait à 59 USD en Éthiopie et à 72 USD en Inde, par nourrisson admissible dans la population (33). L'efficacité atteinte grâce à la méthode « mère kangourou » appliquée immédiatement après la naissance, en matière de soins, de ressources humaines et de dépendance limitée à l'égard de l'équipement coûteux, pourrait se traduire par une rentabilité encore plus élevée. La méthode est également susceptible de produire des avantages économiques à long terme, en raison de meilleures issues pour les nourrissons et de la restructuration des systèmes de santé en faveur d'une prestation plus efficace de services maternels et néonataux combinés. Par conséquent, bien que la mise en œuvre et l'intensification de la méthode, en particulier les soins « mère kangourou » immédiats, nécessiteront un investissement initial dédié, elles permettront d'obtenir ultérieurement un retour sur investissement élevé.

Promouvoir le développement durable

En plus de sauver des vies et de contribuer à l'amélioration du capital humain pour une économie renforcée, la méthode « mère kangourou » promeut le développement durable de multiples façons.

Elle permet à la mère de jouer un rôle central dans les soins de son nourrisson, en tant que principale dispensatrice de soins : elle est donc essentielle à la cible 5.1 de l'objectif de développement durable visant à mettre fin, partout dans le monde, à toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, afin de parvenir à l'égalité des sexes et d'autonomiser toutes les femmes. Elle définit les fondements d'une réorganisation de la prestation de services de soins maternels et néonataux, axée sur la personne, et suit une approche de soins de santé primaires plutôt que de s'appuyer sur une technologie de pointe et des solutions à forte consommation d'énergie telles que les couveuses et les unités chauffantes. Par conséquent, elle peut également contribuer à la cible 7.3 de l'objectif de développement durable visant à améliorer l'efficacité énergétique mondiale et à garantir l'accès de tous à des services énergétiques fiables, durables et modernes, à un coût abordable, en réduisant les déchets. De plus, la méthode « mère kangourou » appelle à des modifications de l'infrastructure, afin que les prestataires interdisciplinaires assurent une prise en charge combinée des dyades mère-nourrisson ; ces changements auront lieu par la voie d'approches innovantes en matière de conception, susceptibles d'être plus efficaces, durables et résilientes. Elle garantit des soins de haute qualité pour la dyade mère-nourrisson à tous les niveaux des établissements de santé et dans la communauté, avec les avantages connexes qui impliquent une amélioration de la survie, de la santé et du développement à long terme. Ainsi, appliquée dans le cadre de la couverture sanitaire universelle, la méthode « mère kangourou » favorisera la cible 9.1 de l'objectif de développement durable visant à mettre en place une infrastructure de qualité, fiable, durable et résiliente pour promouvoir le développement économique et le bien-être de l'être humain, en privilégiant un accès universel, financièrement abordable et équitable.

Les efforts déployés à l'échelle mondiale pour intensifier la méthode, avec l'adhésion des pays, sont susceptibles de promouvoir des partenariats multipartites pour mobiliser et échanger des connaissances, des compétences, des techniques et des ressources financières nécessaires à la réalisation des objectifs de développement durable correspondants, dans tous les pays, en particulier les pays en développement (cible 17.16). Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la méthode nécessiteront de consolider les systèmes de données de santé existants et d'entretenir des processus de consultation et de renforcement des capacités afin d'élaborer et d'évaluer des indicateurs relatifs à la méthode « mère kangourou » et aux soins des nouveau-nés de petit poids et/ou malades.



La méthode « mère kangourou » réduit la mortalité infantile, améliore le bien-être maternel et l'expérience parentale des soins, renforce le capital humain, favorise le développement durable et présente un très bon rapport coût/efficacité (1).



Jeunes mères avec leurs nourrissons à l'hôpital Felege Hiwot, Bahir Dar, Éthiopie.

3

Considérations relatives à la conception d'une stratégie de mise en œuvre de la méthode « mère kangourou »

Cette section récapitule les observations issues de deux revues systématiques de la littérature sur les actions programmatiques et les interventions du système de santé susceptibles de promouvoir une couverture élevée ; elles ont guidé la conception de la stratégie de mise en œuvre et d'intensification de la méthode « mère kangourou ».

La première revue de la littérature grise a permis d'identifier des rapports sur la mise en œuvre programmatique de la méthode, dans le but de comprendre la couverture en population, la disponibilité des services de soins « mère kangourou » aux niveaux national et infranational, les approches programmatiques à l'échelle voulue et les actions du système de santé susceptibles d'influer sur l'intensification de la méthode (14) (Encadré 1). Les conclusions de cette revue ont été complétées par des recherches structurées supplémentaires, à la fois dans la littérature grise et la littérature publiée, afin de couvrir des sources au-delà de sa portée. La seconde revue a documenté les observations issues d'études de recherche évaluant les stratégies d'intervention du système de santé qui, dans le cadre de la mise en œuvre de la méthode, augmentent sa couverture chez les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance, à différentes échelles (16).

Enseignements tirés des efforts nationaux visant à intensifier la méthode « mère kangourou »

Encadré 1.

Résumé des enseignements tirés de la mise en œuvre programmatique de la méthode « mère kangourou » aux niveaux national ou infranational

Dix-huit pays (Afrique du Sud, Bangladesh, Brésil, Colombie, Éthiopie, Ghana, Inde, Indonésie, Malawi, Mali, Népal, Nigéria, Ouganda, Philippines, République islamique d'Iran, République-Unie de Tanzanie, Rwanda et Viet Nam) disposaient d'informations sur la mise en œuvre de la méthode aux niveaux national ou infranational. La couverture de la méthode en population, au niveau national, n'était disponible que pour sept pays (Bangladesh, 22 % ; Colombie, 63 % ; Éthiopie, 46 % ; Inde, 13 % ; Malawi, 22 % ; Philippines, 53 % ; Viet Nam, 8 %) et la couverture au niveau infranational, pour deux pays (Mali, 41 % ; Rwanda, 58 %). Les informations sur la disponibilité des services de soins « mère kangourou » étaient rares et fragmentaires, sans aucune donnée sur leur qualité.

Dans les pays pour lesquels des informations sur la mise en œuvre de la méthode « mère kangourou » étaient disponibles, on note des actions similaires des systèmes de santé, notamment : méthode « mère kangourou » en tant que partie intégrante de la politique nationale ; reconnaissance de la méthode en tant qu'intervention prioritaire en matière de santé néonatale ; sensibilisation énergique de la part de promoteurs de la méthode à tous les niveaux ; investissements dédiés à la méthode et dans certains cas, couverture par une assurance ; renforcement des capacités et motivation des agents de santé ; espace réservé aux soins « mère kangourou », doté d'équipements et de fournitures ; soutien à la pratique de la méthode ; collecte et exploitation des données (14).



Seuls quelques pays ont mis en œuvre la méthode « mère kangourou » à l'échelle nationale ou infranationale.

Jusqu'en 2012 environ, dans la plupart des pays, peu d'actions ont été entreprises en faveur de la mise en œuvre de la méthode à grande échelle. Alors que 28 pays ayant fourni des données pour le *Plan d'action pour la santé du nouveau-né* ont déclaré disposer d'une politique ou d'une ligne directrice nationale sur la méthode « mère kangourou » en 2019 (3), seuls quelques-uns l'ont mise en œuvre dans le cadre de programmes. La revue de la littérature grise a permis d'obtenir des informations selon lesquelles seuls 18 pays ont mis en œuvre la méthode au niveau national ou infranational (voir Encadré 1). Il y avait peu de données sur la mise en œuvre programmatique de la méthode dans les pays à revenu élevé.

Les informations sur la disponibilité des services de soins « mère kangourou » sont rares et fragmentaires. Les informations sur la disponibilité des services de soins « mère kangourou » aux niveaux national ou infranational étaient rares, et cette disponibilité reflète étroitement la couverture. Par exemple, la méthode est appliquée dans tous les départements de la Colombie (2021) et dans 43 % des hôpitaux nationaux, régionaux et provinciaux des Philippines (2019), pays qui font tous deux état d'une couverture élevée. Dans d'autres pays où les services de soins « mère kangourou » sont renforcés (par exemple, le Bangladesh, où la méthode était disponible dans 108 centres de santé de sous-district et établissements de niveau supérieur, à la fois dans les zones urbaines et rurales, en 2021), la couverture de la méthode augmente (34). Cependant, il est également important de noter que les établissements et les hôpitaux qui déclarent fournir des services de soins « mère kangourou » peuvent ne pas être en mesure de proposer et de maintenir le service en raison d'un manque de personnel, de lignes directrices, d'équipement et d'infrastructure, ainsi que d'autres contraintes. Par exemple, une évaluation réalisée en 2014 et portant sur l'ensemble des 87 hôpitaux des 22 districts du Malawi a révélé que, si 79 % d'entre eux ont déclaré fournir des services de soins « mère kangourou » non ambulatoires, seuls 67 % d'entre eux répondaient aux principaux paramètres de préparation opérationnelle du point de vue du personnel, de l'espace et d'un pèse-bébé fonctionnel (35).

Il y avait peu d'informations sur l'intensification de la méthode « mère kangourou » dans les pays à revenu élevé. Une enquête menée en 2012 sur l'implication des familles dans huit pays européens a montré que même parmi les unités offrant des soins dits « kangourou » (avec ou sans peau à peau), une partie seulement des unités répondantes offraient un contact peau à peau par les mères, les pères ou les partenaires. Alors que 90 % des unités au Royaume des Pays-Bas et 89 % des unités en Espagne offraient un contact peau à peau par les mères, ce chiffre était de 78 % pour le Danemark, de 66 % pour l'Italie, de 40 % pour la Belgique, de 36 % pour la France et de 31 % pour le Royaume-Uni (36). D'autres rapports issus d'enquêtes nationales en Italie et en Espagne fournissent des chiffres légèrement différents pour la proportion d'unités de soins intensifs néonataux de niveau 3 qui proposent la méthode « mère kangourou » : 71 % en Espagne (2018) (37) et 94 % en Italie (2021) (38). Cet écart peut être dû à des différences en ce qui concerne les unités répondantes, les définitions utilisées pour l'établissement de rapports ou la période considérée. Toutefois, même dans ces contextes, des restrictions à la mise en œuvre ont été signalées ; par exemple, dans la plupart des unités en Italie, la méthode « mère kangourou » était limitée à des heures précises.

Dans la plupart des pays, il n'existe pas d'estimations relatives à la couverture de la méthode « mère kangourou ».

Les données sur la couverture de la méthode font défaut, même dans les pays qui l'appliquent à l'échelle nationale ou infranationale. Des données de couverture en population, au niveau national, n'étaient disponibles que pour sept pays, comme suit.

- **Philippines** : 53 % des nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance (<36 semaines ou <2000 g) ont bénéficié de soins « mère kangourou » en 2019, sur la base de 478 entretiens postpartum avec la mère et à partir d'un échantillon de 45 hôpitaux nationaux et infranationaux (6).
- **Colombie** : les données de couverture de la méthode, issues de 24 villes/départements couvrant environ 80 % de la population, suggèrent que la couverture est proche de 60 % pour tous les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance survivants (10).
- **Éthiopie** : 46 % de l'ensemble des nourrissons de faible poids de naissance, nés dans les 3804 établissements de santé fournissant des soins obstétricaux en Éthiopie, ont bénéficié de soins « mère kangourou » en 2016 (39).
- **Bangladesh** : 6410 des 64 426 nourrissons (soit 10 %) pesant moins de 2000 g et nés sur une période de quatre ans (2016-2020) ont reçu des soins « mère kangourou » ; la couverture de la méthode était d'environ 22 % en 2020 (34).



- **Malawi** : 16 000 interventions « mère kangourou » ont eu lieu à l'échelle nationale dans les établissements de santé en 2017, soit environ 21 % des interventions attendues, en supposant que 10 % de toutes les naissances vivantes nécessiteraient ce type de soins (8, 40). Cependant, un rapport récent suggère que moins de 10 % des nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance au Malawi ont reçu des soins « mère kangourou » en établissement en 2021, selon les données extraites des rapports de maternité de la plateforme DHIS2 (4).
- **Inde** : 50 959 des 800 000 nourrissons pris en charge dans des unités de soins néonataux spéciaux (13,2 %) ont bénéficié de soins « mère kangourou » entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 juillet 2017, la proportion variant de 0 à 31 % selon les États (41).
- **Viet Nam** : selon les données nationales de routine de 2015, 5050 des 61 825 nourrissons de faible poids de naissance ont reçu des soins « mère kangourou » (8 %), tandis que les données issues de sept hôpitaux provinciaux mettant en œuvre la méthode ont montré que 2013 des 9153 nourrissons de faible poids de naissance ont bénéficié de soins « mère kangourou » (22 %) la même année (42).

Des données infranationales (c'est-à-dire au niveau de la région, de l'État ou du district) sur la couverture de la méthode étaient disponibles au Mali et au Rwanda. Au Mali, 41 % des nourrissons <2500 g ont reçu des soins « mère kangourou » dans trois régions, d'octobre 2018 à septembre 2019 (43). Au Rwanda, les taux d'admission des nourrissons de faible poids de naissance aux soins « mère kangourou » en établissement, dans 10 districts, étaient respectivement de 55 %, 68 %, 61 % et 46 % pour les quatre trimestres de 2016 (44).

Seuls quelques pays ont inclus des indicateurs de soins « mère kangourou » dans leur système d'information sanitaire de niveau national, mais les informations recueillies sont inadéquates et les rapports sont incohérents. Même dans les contextes où la disponibilité des services de soins « mère kangourou » a augmenté, s'agissant du nombre d'établissements de santé qui fournissent ce type de service, comme au Malawi, l'estimation de la couverture demeure complexe (4).

Actions programmatiques pour la mise en œuvre de la méthode « mère kangourou » à l'échelle voulue.

Le Tableau 1 présente les principales actions programmatiques pour la mise en œuvre de la méthode dans sept pays, pour lesquels il existait suffisamment d'informations sur les efforts de mise en œuvre à grande échelle. Les actions peuvent concerner le niveau national ou infranational et sont classées par composante du système de santé. Dans les pays pour lesquels des informations sur la mise en œuvre de la méthode « mère kangourou » étaient disponibles, on note des actions similaires des systèmes de santé, notamment : méthode « mère kangourou » en tant que partie intégrante de la politique nationale ; reconnaissance de la méthode en tant qu'intervention prioritaire en matière de santé néonatale ; sensibilisation énergique de la part de promoteurs de la méthode à tous les niveaux ; investissements dédiés à la méthode et dans certains cas, couverture par une assurance ; renforcement des capacités et motivation des agents de santé ; espace réservé aux soins « mère kangourou », doté d'équipements et de fournitures ; soutien à la pratique de la méthode ; collecte et exploitation des données (14).

Tableau 1. Actions programmatiques des pays en faveur de la mise en œuvre de la méthode « mère kangourou » à l'échelle voulue, classées par composante du système de santé

Composante du système de santé	Actions programmatiques pour la mise en œuvre de la méthode	Pays						
		Ban	Bré	Col	Ind	Mal	Phil	AS
Politique, gouvernance et leadership	Adoption de la méthode « mère kangourou » dans les politiques et lignes directrices nationales ou infranationales	+	+	+	+	+	+	+
	Sensibilisation par les promoteurs de la méthode (par exemple, organisations professionnelles et responsables politiques) aux niveaux national et infranational ; liaison avec les réseaux internationaux en faveur de la méthode	+		+	+	+	+	+
	Reconnaissance de la valeur de la méthode en tant qu'intervention prioritaire en matière de santé néonatale	+		+	+	+		
	Utilisation d'enquêtes sur la préparation opérationnelle des services ou d'analyses de situation pour notifier la planification de l'intensification	+				+		
	Définition d'objectifs pour la couverture de la méthode	+			+			
					^a			
Financement du système de santé	Financement/investissements dédiés à la méthode, issus du gouvernement et/ou de donateurs	+	+	+	+	+	+	+
	Inclusion de la méthode en tant que service de santé maternelle et néonatale essentiel couvert par l'assurance (partiellement ou totalement)	+	+	+	+		+	
Personnel de santé	Renforcement des capacités du personnel de santé, y compris la formation préalable à l'emploi et en cours d'emploi, ainsi que la sensibilisation à la méthode	+	+	+	+	+	+	+
	Motivation du personnel et création d'un réseau de professionnels de la santé	+		+	+		+	
	Le personnel de l'établissement joue le rôle d'agent de promotion et de motivation	+		+				+
Prestation de services de santé	Intégration de la méthode dans les soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades, les soins complets aux nouveau-nés et/ou les ensembles de soins maternels et néonataux			+	+	+	+	+
	Prestation de soins centrés sur la famille		+	+	+	+	+	+
	Clarté au sujet de la méthode et de sa pratique (p. ex. protocoles, panneau de conseil, outils, guides pratiques) à chaque niveau de soins	+		+	+	+		+
	Centres d'excellence et/ou promoteurs de la méthode dans les établissements de niveau secondaire et tertiaire (c.-à-d. des conseillers pour former d'autres personnes)	+		+	+		+	+
	Continuité des soins au sein du système de santé et entre l'établissement et la communauté (y compris système de référence-recours)	+		+				+
	Suivi après la sortie, en établissement de santé ou dans la communauté	+		+	+		+	+

Composante du système de santé	Actions programmatiques pour la mise en œuvre de la méthode	Pays						
		Ban	Bré	Col	Ind	Mal	Phil	AS
Infrastructure et fournitures de santé	Espace dédié à la méthode, doté d'équipements et de fournitures	+		+	+	+	+	+
Systèmes d'information sanitaire	Surveillance de l'application de la méthode via le système d'information sanitaire à l'aide d'indicateurs spécifiques	+			+	+		+
	Création d'une plateforme de collecte de données (niveau non national) avec des indicateurs spécifiques d'accès et de résultats			+			+	
	Mise en place de systèmes de gestion de données (utilisation et échange) afin d'assurer la qualité des données et leur exploitation en faveur d'actions	+		+	+			
	Renforcement des capacités en matière de collecte, d'analyse et d'interprétation des données	+		+				
Appropriation par la communauté et partenariats locaux	Initiatives de communication pour le changement social et comportemental et sensibilisation de la communauté	+			+	+	+	
	Engagement des agents de santé communautaires et des groupes de soutien existants pour la référence et le suivi après la sortie	+			+			
	Engagement des structures communautaires et des agents de santé communautaires pour la prestation de soins « mère kangourou » en communauté				+			

Pays : Ban : Bangladesh ; Bré : Brésil ; Col : Colombie ; Ind : Inde ; Mal : Malawi ; Phil : Philippines ; AS : Afrique du Sud.



Dans un document au moins



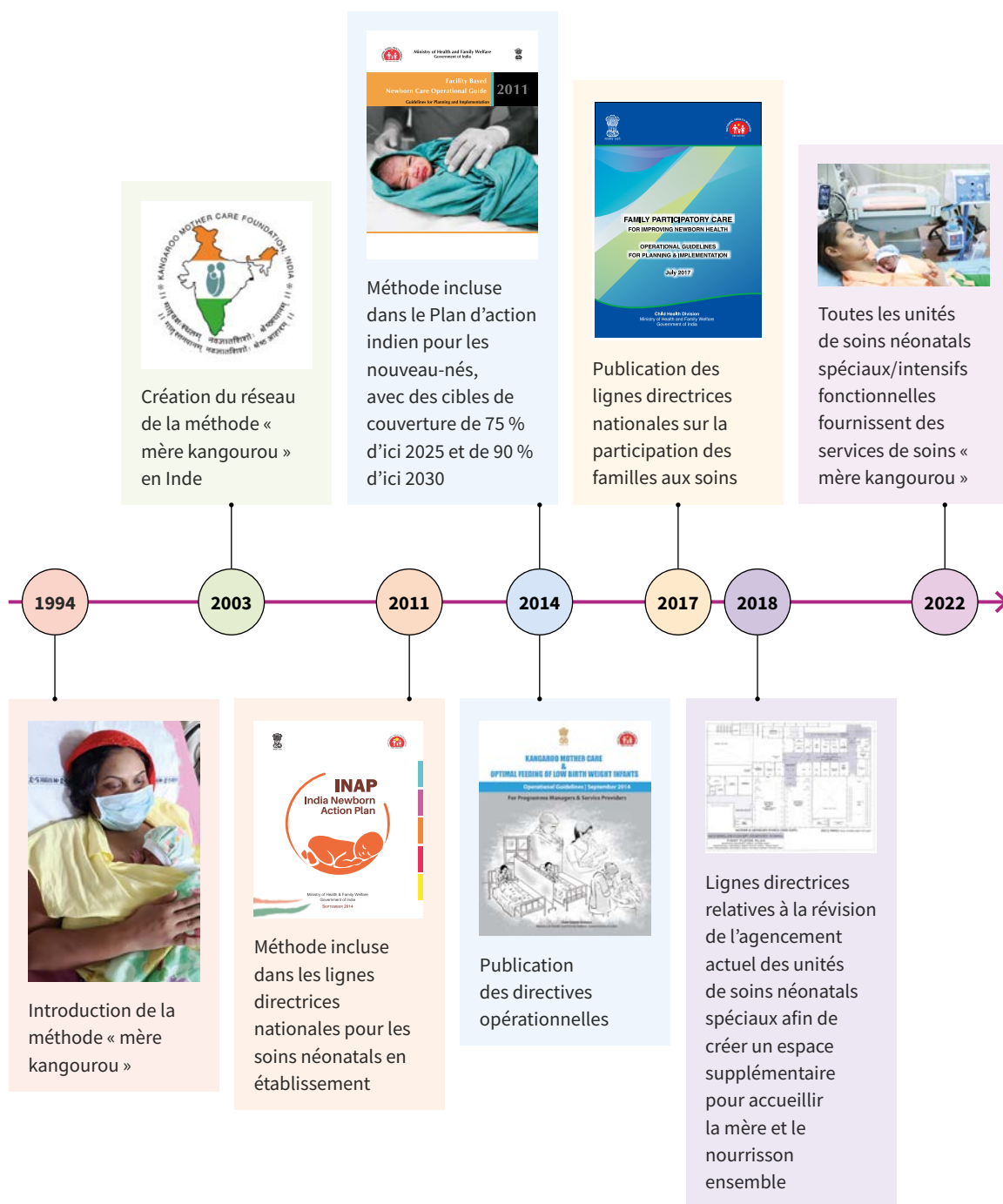
Aucune information relevée dans les documents disponibles pour la revue

Source : Berg et al. (2023) (14) ; ^a Sumita Ghosh, ministère de la Santé et de la Protection de la Famille, Gouvernement indien, communication personnelle.

Il convient de noter que, pour un même pays, la réussite de la mise en œuvre aux niveaux infranationaux peut varier en fonction de la priorité accordée aux soins des nouveau-nés de petit poids et/ou malades et de divers facteurs contextuels, géographiques, sociaux, économiques et politiques, au-delà des composantes du système de santé.

Au regard de la mise en œuvre programmatique de la méthode « mère kangourou », l'Inde a progressé très rapidement. La Figure 1 montre les principaux jalons programmatiques qui ont conduit à l'intensification de la méthode dans les établissements indiens, dans le cadre des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades.

Figure 1. Méthode « mère kangourou » en Inde : jalons programmatiques



Source : élaboré en collaboration avec le gouvernement de l'Inde.

Données probantes issues de la recherche sur la mise en œuvre

La seconde revue récapitule les données probantes issues de la recherche sur les stratégies d'intervention du système de santé, qui permettent d'augmenter la couverture de la méthode, indépendamment du revenu du pays, de l'établissement ou du contexte communautaire (16). Seize études ont évalué 15 stratégies d'intervention du système de santé pour la mise en œuvre de la méthode, appliquées à une ou plusieurs composantes, et ont rapporté la couverture. Deux études ont mis en œuvre et évalué le même ensemble d'interventions dans deux pays (Népal et Ouganda), ce qui a donné lieu à deux publications. Le détail des études est le suivant : deux essais contrôlés randomisés par grappes en communauté, une étude à méthodes mixtes portant sur le continuum établissement-communauté, deux études relatives à l'amélioration de la qualité (une en établissement et une en milieu communautaire), neuf études non contrôlées avant-après en établissement et deux études d'intensification programmatique à l'échelle nationale. Treize études ont été menées dans des contextes à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure (Bangladesh, Éthiopie, Ghana, Inde, Népal, Ouganda, Philippines) et trois dans un contexte à revenu élevé (États-Unis d'Amérique).

Huit des 16 études ont enregistré une couverture accrue, définie comme une augmentation de la couverture de la méthode d'au moins 25 % par rapport à une valeur de référence et une couverture finale de plus de 50 % ; parmi celles-ci, quatre ont également fait état d'un contact peau à peau d'au moins 8 heures par jour. D'après l'analyse des interventions sanitaires appliquées par les études qui ont atteint, ou qui n'ont pas atteint une couverture élevée (augmentation de la couverture de la méthode <25 % par rapport à une valeur de référence ou couverture finale <50 %), les principaux enseignements sont les suivants.

Étendue des interventions du système de santé (c.-à-d. le nombre de composantes du système de santé dans lesquelles les interventions ont été mises en œuvre). Une proportion plus élevée d'études qui ont appliqué des interventions dans un plus grand nombre de composantes du système de santé ont permis d'obtenir une couverture accrue, avec une certaine variabilité. Parmi les 16 études incluses :

- les trois études (100 %) qui ont appliqué des interventions dans cinq à six composantes ont enregistré une couverture accrue ;
- deux des quatre études (50 %) qui ont appliqué des interventions dans trois à quatre composantes ont enregistré une couverture accrue ;
- trois des neuf études (33 %) qui ont appliqué des interventions dans une à deux composantes ont atteint une couverture accrue.

Les études qui n'ont pas permis d'obtenir une couverture accrue comportaient des interventions principalement axées sur le personnel de santé et la prestation de services, avec des lacunes au niveau du leadership et de la gouvernance, du financement et des systèmes d'information sanitaire.

Intensité des interventions du système de santé (c.-à-d. quantité et qualité des interventions mises en œuvre). Les études qui comprenaient une intervention de haute intensité dans au moins une composante du système de santé étaient plus susceptibles d'obtenir une couverture accrue de la méthode, par rapport à celles qui n'en comprenaient pas.

- Les trois études (100 %) qui ont enregistré une couverture accrue de la méthode, ainsi qu'un contact peau à peau moyen pendant au moins 8 heures par jour, comportaient des interventions de haute intensité dans au moins une composante du système de santé.
- Trois des cinq études (60 %) qui ont enregistré une couverture accrue de la méthode, mais pour lesquelles la durée moyenne du contact peau à peau était inférieure à 8 heures/jour ou n'était pas rapportée, comportaient des interventions de haute intensité dans au moins une composante du système de santé.
- Trois des huit études (38 %) qui n'ont pas enregistré une couverture accrue de la méthode comportaient des interventions de haute intensité dans au moins une composante du système de santé.

Les résultats de la revue semblent indiquer que des interventions de haute intensité devraient être mises en œuvre dans plusieurs composantes du système de santé pour aboutir à une intensification équitable de la méthode, avec un contact peau à peau pendant au moins 8 heures par jour. Il convient que les interventions soient intégrées aux soins des nouveau-nés de petit poids et/ou malades et adaptées au contexte local.

Type d'interventions du système de santé (c.-à-d. quelles interventions sont mises en œuvre). Les types d'interventions mises en œuvre par les études qui ont enregistré une couverture accrue de la méthode sont récapitulés dans le Tableau 2, conjointement avec certains obstacles importants.

Tableau 2. Obstacles identifiés dans les systèmes de santé et interventions efficaces pour améliorer la couverture de la méthode (16)

Composante du système de santé	Obstacles importants identifiés	Principales interventions efficaces pour améliorer la couverture de la méthode
Leadership et gouvernance ou politique	- Absence de priorité et de soutien de la part des dirigeants au sein du système de santé. - Les changements de politique ne sont pas accompagnés d'efforts systémiques pour assurer l'introduction de la méthode dans les hôpitaux. La méthode a été recommandée dans les lignes directrices nationales, mais n'a pas été appliquée dans les établissements au niveau district et de niveau inférieur. - Les membres masculins de la famille ne sont pas autorisés au sein des services d'hospitalisation pour pratiquer ou soutenir la méthode.	- Engagement du leadership de haut niveau (décideurs, gestionnaires de programmes et direction des établissements à l'échelle nationale/provinciale/du district). - Politiques favorables à la méthode (créer des conditions permettant aux mères d'être auprès de leurs nourrissons [c'est-à-dire en leur fournissant un lit, de la nourriture, de l'eau, un accès aux toilettes, etc.] ; permettre à la famille d'aider la mère à prodiguer des soins « mère kangourou ») et réglementations (intégrer la méthode aux normes d'agrément des établissements de santé et à la formation initiale du personnel médical et infirmier).
Financement de la santé	Aucune ressource financière spécifiquement allouée pour couvrir les coûts de mise en œuvre de l'extension des soins néonataux afin d'inclure la méthode pour les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance au sein des établissements de santé ; les coûts ne sont pas inclus dans la planification des administrations locales.	- Les coûts liés à la création de salles de soins « mère kangourou », aux ressources humaines et les coûts de fonctionnement sont inclus dans les plans et budgets nationaux et infranationaux. - Extension de l'assurance maladie pour couvrir les soins aux nourrissons de petit poids et/ou malades.



Père dispensant des soins « mère kangourou » à l'hôpital pour femmes et enfants de Da Nang, Viet Nam.

Composante du système de santé	Obstacles importants identifiés	Principales interventions efficaces pour améliorer la couverture de la méthode
Personnel de santé	• Pénurie de personnel infirmier entraînant une augmentation de la charge de travail pour le personnel en place ; absence de personnel infirmier et de conseillers dédiés à la méthode ; personnel médical résident, internes et personnel infirmier non aiguillés sur les aspects pratiques de la méthode. • Le personnel infirmier n'a pas la possibilité de consacrer du temps aux conseils sur la méthode « mère kangourou », en raison de rotations fréquentes et de tâches multiples. • Contexte de ressources limitées, avec de faibles ratios personnel médical-patient et personnel infirmier-patient ; nécessité de doubler les ressources pour les jumeaux ; manque de confiance et de formation du personnel. • Le personnel soignant, y compris le personnel infirmier, considère que les soins « mère kangourou » sont inférieurs aux soins en couveuse ; réticence du personnel à changer les anciennes pratiques ; préoccupations concernant la sécurité des nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance ; crainte vis-à-vis des complications ; crainte de confier la responsabilité des soins aux mères et aux autres aidants.	• Personnel infirmier adéquat, avec des compétences et une motivation renforcées pour soutenir la méthode. • Engagement des organisations professionnelles, des promoteurs de la méthode ; collaboration du personnel maternel et du personnel néonatal.
Prestation de service	• Manque de conseils prodigués aux mères et à la famille dans les salles d'accouchement et les services postnatals ; par conséquent, absence de démarrage précoce de la méthode. • Désintérêt de la part des mères et manque de soutien de la part de la famille ; demandes de sortie précoce.	• Services de soins « mère kangourou » dotés d'un environnement propice (infrastructure, soutien et conseils). • Engagement communautaire pour la promotion de la méthode. • Identification précoce et orientation facilitée des nourrissons de faible poids de naissance.
Systèmes d'information sanitaire	• Absence de documentation sur la méthode, absence de vérification régulière des pratiques et de la documentation dans les registres. • Les registres de soins « mère kangourou » ne sont pas tenus à jour ; incohérence de la saisie des données.	• Enregistrement des soins « mère kangourou » (registres cliniques) à l'aide d'indicateurs spécifiques dans les systèmes de données de routine.
Matériel	• Indisponibilité d'articles de portage et d'attache, pénurie de chaises et de lits dédiés aux soins « mère kangourou ».	• Lits, chaises et articles dédiés à la méthode.



4

Adebowale Seun, 32 ans, prodigue des soins peau à peau à son nourrisson prématuré dans l'unité de soins maternels et néonataux combinés de l'hôpital universitaire Obafemi Awolowo, Ile-ife, Nigéria.

Principes directeurs relatifs à la mise en œuvre de la méthode « mère kangourou »

Reconnaître le rôle de la mère en tant que première personne chargée des soins

Le respect, l'autonomisation et le soutien des mères en tant que premières personnes chargées des soins sont essentiels à une mise en œuvre réussie de la méthode « mère kangourou ». Des soins maternels respectueux constituent un prérequis indispensable à la qualité des soins aux nourrissons. La confiance des mères dans les prestataires de santé et l'implication dans les soins de leurs nourrissons dépendent souvent de la façon dont elles sont traitées au sein de l'établissement de santé, après la naissance (26, 27). Un élément clé des soins maternels respectueux consiste à créer les meilleures conditions possibles pour que les mères puissent rester avec leur nouveau-né, ce qui est primordial pour la mise en œuvre immédiate de la méthode « mère kangourou ». Il s'agit de maintenir la mère et le nourrisson ensemble de la naissance jusqu'à la sortie de l'établissement, même lorsque le nourrisson est prématuré ou de faible poids de naissance et malade, ou que la mère elle-même est malade, à moins d'un état critique de l'un ou l'autre. Il est nécessaire de parvenir à une collaboration et une coordination étroites entre les prestataires de santé maternelle et néonatale (45, 46).

Le groupe d'étude de l'OMS sur la méthode « mère kangourou » a montré qu'il est possible de maintenir les nourrissons de faible poids de naissance (pesant au moins 1,0 kg, mais moins de 1,799 kg et nécessitant une admission en unité de soins néonataux) avec leur mère immédiatement après la naissance, indépendamment de l'âge gestationnel, du mode d'accouchement ou du type de naissance (unique ou gémellaire). Lors de l'étude, le contact peau à peau pour ces nourrissons a démarré à une médiane de 1,3 heure après la naissance, ce qui a entraîné une diminution de la mortalité infantile de 25 % par rapport aux soins conventionnels (c'est-à-dire les soins en couveuse ou à l'aide d'une unité chauffante, jusqu'à ce que leur état se stabilise, et méthode « mère kangourou » appliquée par la suite) (46). Pour ce faire, les soins maternels et néonataux ont été intégrés dès la salle de travail. Un pédiatre est resté dans la salle d'accouchement avec l'équipe d'obstétrique, en particulier lorsqu'un nourrisson prématuré ou de faible poids de naissance était attendu. Si le nourrisson prématuré ou de faible poids de naissance nécessitait une admission en unité de soins spéciaux ou intensifs, le contact peau à peau avec la mère ou la mère de substitution était maintenu pendant le transfert, dans la mesure du possible. Les mères ont été invitées à identifier une ou deux femmes adultes qui pourraient tenir le rôle de mères de substitution pour les soins « mère kangourou » immédiatement après la naissance, pendant quelques heures jusqu'à ce que la mère puisse prendre le relais. Au sein de l'unité de soins néonataux, la mère disposait d'un lit à côté de l'unité chauffante/la couveuse, ce qui lui permettait de rester avec son nourrisson 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. L'étude a nommé cette nouvelle infrastructure une « unité de soins mère/nouveau-né », c'est-à-dire un lieu de soins combinés pour la mère et le nourrisson. Les soins « mère kangourou » (contact peau à peau et soutien à l'allaitement maternel exclusif ou à l'alimentation avec du lait maternel) ont été mis en place dans les deux heures suivant la naissance, et la dyade mère/nouveau-né a été prise en charge dans l'unité de soins mère/nouveau-né grâce à une étroite collaboration entre les prestataires de soins maternels et néonataux.

Outre la refonte de l'infrastructure visant à fournir des soins combinés à la mère et au nouveau-né, les prestataires de santé ont un rôle majeur à jouer au niveau de l'autonomisation et de la responsabilisation des mères et des familles à être au centre des soins prodigués au nourrisson. Il est fondamental que les prestataires de santé transfèrent progressivement la responsabilité des soins néonataux au parent et ne prennent pas le relais. Il convient que ces prestataires prennent le temps d'écouter, d'offrir un soutien respectueux et sensible et soient conscients de la dynamique de pouvoir existant entre eux et la mère, en reconnaissant la vulnérabilité des nouvelles mères au cours des premiers jours difficiles de la vie d'un nourrisson prématuré ou de faible poids de naissance. En conséquence, les mères acquerront la confiance et l'autonomie nécessaires pour prendre soin de leur nourrisson. La méthode « mère kangourou » institue les parents en tant qu'agents du changement pour les soins apportés aux nourrissons. Cependant, pour être en mesure de prodiguer ce type de soins, ils ont besoin d'un environnement et de ressources propices, d'attitudes et d'interactions favorables de la part du personnel, d'un soutien à la pratique, ainsi que d'informations sur la méthode et sur la santé du nourrisson (47-50).

Répondre aux besoins de la mère

La mère est au centre de la prestation de soins « mère kangourou » et il est donc essentiel de répondre à ses besoins. Pendant que les mères restent avec leur nourrisson prématuré ou de faible poids de naissance pour pratiquer la méthode, elles requièrent un soutien adéquat répondant à leurs propres besoins en matière de santé physique et mentale, dans le cadre d'un modèle propice de dispensation de soins. Il convient qu'elles aient accès à un confort de base tel que des toilettes, une salle de bain, de l'eau potable et des aliments sains. Elles devraient recevoir des soins médicaux postnatals courants ou spécifiques, des conseils et un soutien pour leur bien-être mental, ainsi qu'une formation et une supervision pour prendre soin de leur nourrisson et donner des soins « mère kangourou ».

Il est également primordial de faire participer le père/le partenaire et les autres membres de la famille aux soins de la mère et du nourrisson, avec des conseils et un soutien adéquats. L'aide des membres de la famille et des amis facilite la pratique de la méthode « mère kangourou ». La participation active de la famille aux soins permettra à la mère de prendre soin d'elle-même et de se reposer suffisamment, tandis que le nourrisson continue de bénéficier d'un contact peau à peau continu et prolongé. Le soutien par les pairs (p. ex., l'information, la motivation et le mentorat en lien avec la méthode, de la part d'autres membres de la communauté et à destination des nouvelles mères) favorise également la confiance, l'acceptation et la prestation de soins « mère kangourou » de la part de la mère (47-50).

La méthode « mère kangourou » présente des avantages pour la santé mentale maternelle. Toutefois, les mères devraient avoir accès à des services de soutien si elles sont confrontées à des problèmes, d'autant plus que la prévalence mondiale de la dépression post-partum chez les mères est élevée (51-53). De nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire devront mettre en place de tels systèmes de soutien, en vue de soins maternels et néonataux efficaces.

Mettre en œuvre la méthode « mère kangourou » en tant que fondement des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades

La méthode « mère kangourou » est recommandée pour tous les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance, qu'ils soient en bonne santé ou malades (1). Elle devrait être mise en œuvre en tant que partie intégrante des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades, au sein des programmes de santé maternelle, néonatale et infantile, plutôt qu'en tant que programme ou intervention autonome. Ainsi, l'adoption et la mise en œuvre de la méthode doivent être intensifiées parallèlement à d'autres interventions essentielles pour les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance.



La méthode « mère kangourou » est recommandée pour tous les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance, qu'ils soient en bonne santé ou malades. Il convient de la mettre en œuvre à tous les niveaux de soins de l'établissement immédiatement après la naissance, et dans la communauté pour les nouveau-nés prématurés ou de faible poids de naissance qui ne nécessitent pas une admission dans une unité de soins néonataux (1).

Les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance stables peuvent rester sans délai avec leur mère dans les services maternels/postnatals et bénéficier de soins « mère kangourou » immédiats. Cependant, le risque de séparation augmente lorsque le nourrisson ou la mère est malade et a besoin de soins spéciaux ou intensifs. Pour que chaque nourrisson prématuré ou de faible poids de naissance reçoive des soins « mère kangourou » immédiatement après la naissance, même s'il est malade, il est impératif de s'assurer d'abord que les mères et les nourrissons peuvent rester ensemble après la naissance, même lorsque l'un d'eux est malade. Actuellement, dans la plupart des contextes, si le nourrisson doit être admis dans une unité de soins néonataux, la mère ne peut lui rendre visite que ponctuellement, par exemple pour l'allaitement maternel et la pratique de la méthode « mère kangourou ». Selon l'étude relative aux soins « mère kangourou » immédiats, le fait que la mère reste au sein de l'unité de soins néonataux spéciaux ou intensifs, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, permet de démarrer plus tôt le contact peau à peau et de prolonger sa durée quotidienne, contrairement à l'approche où la mère est une simple visiteuse au sein de l'unité de soins. Les pays peuvent recourir à ce dispositif ou à d'autres configurations novatrices pour maintenir les mères et les nourrissons ensemble. Par exemple, si la mère est malade (en particulier si elle a besoin de soins intensifs), le nourrisson peut être pris en charge et bénéficier de soins « mère kangourou » de la part du père, du partenaire ou d'autres membres de la famille à la maternité ou à domicile, jusqu'à ce que la mère se rétablisse. Si le nourrisson et la mère sont tous deux malades, il est possible d'adapter le lieu et les modalités de soins au contexte spécifique, afin de maintenir autant que possible la mère et le nourrisson ensemble. Plusieurs innovations en matière de conception et de prestation de services, en vue de fournir des soins médicaux combinés aux mères et aux nourrissons, sont réalisables et susceptibles d'être efficaces, par exemple des unités de soins néonataux de niveau 2 dotées de lits pour les mères de nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance admis, ou des zones de soins spéciaux communes pour les soins maternels et néonataux.

Le *Plan d'action pour la santé du nouveau-né (2020-2025)* a défini une cible spécifique selon laquelle des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades devraient être disponibles dans au moins 80 % des districts de chaque pays (18). Certains pays à revenu faible ou intermédiaire ont déjà commencé à mettre en place de nouvelles unités au niveau des districts, parallèlement au renforcement des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades, tandis que d'autres en sont aux premiers stades de l'élaboration de plans et stratégies nationaux. Il s'agit d'une formidable occasion de mettre en place de nouvelles unités dont l'infrastructure et la prestation de services sont organisées autour de la prise en charge combinée de la mère et du nourrisson, dès le départ.

Le modèle intégré de prestation de services mère/nouveau-né, qui prévoit une participation accrue des mères, des pères/partenaires et des familles, pourrait nécessiter un investissement potentiellement plus élevé au départ, en vue de la construction de nouvelles unités ou du réaménagement des unités existantes. À long terme, cependant, ces changements augmenteront l'efficacité des soins, amélioreront la qualité et l'expérience des soins, optimiseront les résultats et réduiront le coût des soins de santé.

Prodiguer des soins « mère kangourou » à tous les niveaux de l'établissement de santé et dans la communauté

Il convient de mettre en œuvre la méthode « mère kangourou » à tous les niveaux de soins de l'établissement de santé et dans la communauté, pour tous les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance, qu'ils soient en bonne santé ou malades. La Figure 2 illustre la façon de mettre en pratique la méthode « mère kangourou » au sein des ensembles de soins néonataux existant à différents niveaux de l'établissement et dans la communauté. Elle suggère également quand et où commencer la méthode « mère kangourou » pour les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance nécessitant différents niveaux de soins.

Figure 2. Orientations sur la méthode « mère kangourou » dans le cadre des niveaux de soins et des ensembles de soins néonataux du *Plan d'action pour la santé du nouveau-né* (19)

Établissement de référence-recours et de niveau tertiaire	• Soins néonataux intensifs • Soins néonataux spéciaux • Soins néonataux essentiels • Soins postnatals	Nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance qui ont besoin de soins intensifs* Commencer les soins « mère kangourou » immédiatement après la naissance et poursuivre dans l'unité de soins intensifs néonataux, où la mère peut rester avec le nouveau-né 24 heures sur 24, 7 jours sur 7**. <i>(De plus, prodiguer des soins « mère kangourou » aux autres nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance qui n'ont pas besoin de soins intensifs)</i>
Établissement de deuxième niveau	• Soins néonataux spéciaux • Soins néonataux essentiels • Soins postnatals	Nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance qui ont besoin de soins spéciaux* Commencer les soins « mère kangourou » immédiatement après la naissance et poursuivre dans l'unité de soins néonataux spéciaux, où la mère peut rester avec le nouveau-né 24 heures sur 24, 7 jours sur 7**. <i>(De plus, prodiguer des soins « mère kangourou » aux autres nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance qui n'ont pas besoin de soins spéciaux)</i>
Établissement de premier niveau	• Soins néonataux essentiels • Soins postnatals	Nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance qui n'ont pas besoin de soins spéciaux Commencer les soins « mère kangourou » immédiatement après la naissance dans la salle d'accouchement/la salle postnatale**.
Communauté	• Soins néonataux essentiels pour les accouchements à domicile • Visites postnatales à domicile pour les mères et les nouveau nés	Accouchements à domicile : nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance Commencer les soins « mère kangourou » immédiatement après la naissance et orienter vers l'hôpital les nourrissons présentant des signes de danger ou en dessous du seuil national en matière d'insuffisance pondérale à la naissance.
		Accouchements en établissement : nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance après la sortie Poursuivre les soins « mère kangourou » à domicile pour tous les nourrissons qui ont reçu ces soins au sein de l'établissement ; commencer les soins « mère kangourou », s'ils n'ont pas déjà débuté au sein de l'établissement. Dans les deux cas, assurer une surveillance et un suivi étroits.

* Sauf si le nouveau-né est incapable de respirer spontanément même après la réanimation, est en état de choc ou a besoin d'une ventilation mécanique.

** Si la mère est malade, le père, le partenaire ou un autre membre de la famille peut rester avec le nouveau-né 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, jusqu'à ce que la mère se rétablisse.

Il doit exister un système de référence-recours fonctionnel connectant les soins à différents niveaux, ainsi que des liaisons solides entre l'établissement et la communauté, afin d'assurer la continuité des soins. Les soins « mère kangourou » pourraient également être donnés lors du transfert du domicile vers l'unité de soins néonataux, d'un niveau de soins à un autre, et de l'unité de soins néonataux à domicile après la sortie.

Adapter la mise en œuvre en fonction du contexte de revenu national et du système de santé

Les pays peuvent adapter cette stratégie de mise en œuvre de la méthode « mère kangourou » au contexte de leur système de santé, en fonction de leurs besoins, priorités, modèles de prestation de services et ressources disponibles. Les principaux défis, en matière de mise en œuvre, semblent similaires dans les contextes à faibles ressources et à ressources élevées. Une revue systématique récente a révélé les principales limites à l'adoption de la méthode « mère kangourou » au Royaume-Uni : l'insuffisance d'orientations et de lignes directrices nationales, l'absence de politiques cohérentes et le manque de formation systématique pour les professionnels de la santé et les familles afin d'améliorer les connaissances et la confiance dans la pratique de la méthode. De nombreuses unités de soins néonataux ne sont pas adaptées à la mise en œuvre de la méthode en raison du manque d'espaces privés, de fauteuils inclinables, de lits et d'autres infrastructures qui facilitent ce type de soins (54). Des études sur l'intensification de la méthode « mère kangourou » dans des contextes à faibles ressources, en Éthiopie et en Inde, ont mis en évidence les mêmes limites (15) ; des solutions similaires peuvent donc s'appliquer d'un pays ou d'un contexte à l'autre.

Pour autant, les modèles de prestation de services peuvent différer en fonction de la structure et de la capacité du système de santé, à la fois d'un pays à l'autre et au sein d'un même pays. Dans les contextes à faibles ressources, une proportion plus élevée de nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance peuvent naître à domicile ou faire l'objet d'une sortie précoce après une naissance en établissement ; il se peut donc que l'application des soins « mère kangourou » par la communauté nécessite une attention égale à celle de l'application des soins « mère kangourou » immédiats en établissement. Dans les contextes à ressources plus élevées – où il est exceptionnel pour les femmes d'accoucher ailleurs que dans les hôpitaux –, dotés de la capacité de fournir des soins hautement spécialisés, il faudra mettre davantage l'accent sur le suivi après la sortie de l'hôpital, avec un soutien continu pour la méthode « mère kangourou » à domicile, parallèlement au démarrage immédiat de ces soins dans les établissements et la poursuite des soins jusqu'à la sortie.

Outre les aspects programmatiques, les prestataires de santé des contextes à revenu élevé ont soulevé certaines considérations pratiques en ce qui concerne la mise en œuvre de la méthode « mère kangourou ». Il s'agit notamment de la pratique de la méthode par les mères après une césarienne, après un accouchement difficile, sous l'effet d'anesthésiques ou de médicaments ou pendant le sommeil, et de la garantie d'une voie respiratoire pour les nouveau-nés prématurés ou de faible poids de naissance. Tous les prestataires pratiquant la méthode ont été confrontés à ces problématiques et les ont facilement résolues de la façon suivante : une mère de substitution prodigue les soins « mère kangourou » jusqu'à ce que l'état de la mère s'améliore ou lorsqu'elle a besoin de se reposer ; le nourrisson est fermement maintenu contre la poitrine de la mère à l'aide d'un article d'attache qui ne bloque pas les voies respiratoires. Aucun des prestataires de santé ne signale de cas de chute du nourrisson ou d'étouffement (55).

Une autre préoccupation soulevée par les experts des contextes à revenu élevé est une contradiction potentielle avec les recommandations relatives au sommeil sécurisé. Des essais contrôlés randomisés robustes montrent que la mortalité générale est plus faible chez les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance qui reçoivent des soins « mère kangourou » que chez ceux qui reçoivent des soins conventionnels (12, 22). De plus, dans un récent essai contrôlé randomisé de grande ampleur sur les soins « mère kangourou » immédiats, la proportion de morts subites était plus faible chez les nourrissons de faible poids de naissance qui ont bénéficié de soins « mère kangourou » immédiats par rapport à ceux qui ont reçu des soins conventionnels (1,0 % contre 1,3 % ; risque relatif 0,80, IC à 95 % de 0,41-1,53) (46). L'effet protecteur de la méthode « mère kangourou » contre la mort subite n'a pas atteint une signification statistique en raison des faibles chiffres, mais il garantit l'improbabilité de l'augmentation du risque de référence.



La stratégie de mise en œuvre peut être adaptée à différents contextes de revenu et de système de santé en fonction des besoins, priorités et modèles de prestation de services.

S'aligner sur les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé

Il convient que les pays fournissent des soins « mère kangourou » dans le cadre d'un ensemble complet d'interventions ou de services essentiels, fondés sur des données probantes et destinés aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades.

Les lignes directrices pertinentes qui peuvent être prises en compte lors de la planification de la mise en œuvre de la méthode comprennent les lignes directrices de l'OMS relatives aux soins des nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance (1), aux soins postnatals des mères et des nourrissons (56), aux soins hospitaliers pour les enfants (57) et aux stéroïdes prénatals (58). Parmi les autres lignes directrices pertinentes pour la mise en œuvre programmatique, citons les lignes directrices de l'OMS sur les interventions de promotion de la santé maternelle et néonatale (59). Il s'agit notamment de la participation des pères/partenaires et d'autres membres de la famille, ce qui est essentiel pour la méthode « mère kangourou » ; en effet, la mère peut ainsi se reposer et prendre soin d'elle, tandis que le père/partenaire et d'autres membres de la famille participent aux soins du nourrisson. Une autre recommandation consiste à autoriser un(e) accompagnant(e) de leur choix pendant le travail. L'accompagnant(e) pourrait aider la mère à débiter les soins « mère kangourou » dans la salle de travail et à les poursuivre jusqu'à la sortie de l'établissement. De même, la recommandation sur le partenariat avec des accoucheuses traditionnelles offre la possibilité de commencer les soins « mère kangourou » immédiatement après la naissance pour les nourrissons prématurés ou de faible poids, nés à domicile et qui n'ont pas besoin d'être admis dans une unité néonatale (59). La participation de la communauté aux processus d'amélioration de la qualité ainsi qu'à la planification et à la mise en œuvre programmatique pourrait accroître l'adhésion, au niveau communautaire, à la méthode et à sa pratique continue, et contribuer à éliminer la stigmatisation entourant les naissances prématurées.

En outre, les stratégies de l'OMS en matière de ressources humaines pour améliorer les soins aux nouveau-nés dans les établissements de santé des pays à revenu faible ou intermédiaire comprennent des lignes directrices pour améliorer et normaliser la formation aux soins néonataux pour les agents de santé en exercice, dont la méthode « mère kangourou » fait partie (60). Par ailleurs, les lignes directrices sur l'optimisation des rôles recommandent que les soignants non professionnels puissent promouvoir la méthode pour les nourrissons de faible poids de naissance, tandis que les aides-soignants et les sagesfemmes peuvent soutenir le démarrage et la poursuite des soins « mère kangourou » (61). Cependant, de nouvelles données probantes suggèrent que s'ils reçoivent une formation adéquate, les agents de santé communautaires peuvent éduquer et soutenir avec succès les mères dans le démarrage et la pratique de la méthode à domicile (62, 63).

Nous invitons instamment les pays à mettre à jour régulièrement leurs ensembles de soins maternels et néonataux conformément aux dernières lignes directrices fondées sur des données probantes, et à fournir des soins « mère kangourou » dans le cadre de ces ensembles, en vue d'obtenir les meilleurs résultats.



Principes programmatiques généraux

Équité et accès. Les pays devraient envisager des approches garantissant que toutes les mères et tous les nourrissons aient accès aux services de santé essentiels, y compris les soins « mère kangourou ». Parmi les stratégies susceptibles d'améliorer l'accès aux services ou leur utilisation, en particulier parmi les pauvres, on peut citer : la gratuité des soins médicaux ou de l'assurance maladie pour les femmes enceintes et les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance, au moyen de programmes de santé nationaux (64, 65) ; peu ou pas de participation aux frais (66) ; des jours supplémentaires de congé et des versements financiers supplémentaires pour répondre aux besoins spéciaux des mères, des pères/des partenaires et des autres principaux dispensateurs de soins aux nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance (1) ; amélioration de l'accès géographique aux unités de soins maternels et néonataux, y compris dans les zones rurales et difficiles d'accès (67-69) ; programmes relatifs aux agents de santé communautaires, dans le cadre desquels ces agents font partie de l'équipe de prestation de soins, sont recrutés, rémunérés et soutenus pour permettre un maintien en poste à long terme, sont correctement formés, sont reliés au système de santé et ont un champ d'action gérable (70-72). Il convient que les décideurs envisagent de quantifier les inégalités dans la couverture des services en fonction de plusieurs facteurs de risque et ce, afin d'identifier les populations laissées pour compte qui pourraient bénéficier d'interventions politiques ou programmatiques ciblées (73).

Fragilité et urgences. La *Feuille de route pour accélérer le progrès pour chaque nouveau-né dans les situations de crise humanitaire 2020-2024* décrit la prestation de soins appropriés aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades et le renforcement des soins pour la dyade mère-nourrisson en élargissant l'accès à des soins dignes et de qualité pendant la grossesse, l'accouchement et la période du postpartum comme 2 des 10 domaines d'action clés (74). Les lignes directrices existantes en matière de prestation de services de santé humanitaires et les normes minimales en matière d'intervention humanitaire pourraient intégrer des orientations sur l'application de la méthode « mère kangourou » dans le cadre des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades dans de tels contextes (75, 76). Outre ces approches, des interventions spécifiques telles que la collaboration multipartite, l'introduction de nouvelles technologies ou d'innovations dans les systèmes et la formation du personnel peuvent également faciliter la mise en œuvre de la méthode dans le cadre des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades dans de tels contextes (77).

Valeur et appropriation. La promotion et l'appropriation de la méthode « mère kangourou » au niveau national et infranational, dans les établissements publics et privés et dans la communauté, constituent un processus complexe qui nécessite une mise en contexte. Le processus sera probablement facilité par le suivi systématique des résultats sanitaires dans les systèmes de santé, y compris la qualité et les données rapportées par les patients, en lien avec les coûts. Les patients peuvent percevoir une valeur ajoutée dans les services de santé s'ils sont impliqués dans la conception, la prestation et la surveillance de ces derniers, et s'ils détectent que ces services sont axés sur leurs préférences, leur confort et leur commodité (78). Il est possible d'encourager les prestataires de santé à aspirer à des services centrés sur le patient, au moyen d'activités éducatives, d'une communication axée sur le changement de comportement et d'innovations en matière de prestation de services, qui améliorent l'efficacité et réduisent la charge de travail. La participation du secteur privé nécessitera une planification stratégique, en particulier dans les contextes où il répond fortement aux besoins des soins de santé. Certaines options pourraient consister à inclure la promotion de la méthode « mère kangourou », pour tous les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance dans le cadre des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades, comme norme d'agrément et/ou critère d'accréditation pour les établissements de santé (79) et à inclure la méthode dans les dispositifs de remboursement de l'assurance maladie pour les soins aux nouveau-nés.

Pérennité et responsabilisation. Les interventions et les services de santé essentiels pour les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance, notamment la méthode « mère kangourou », devraient représenter des lignes budgétaires distinctes et non négociables dans la planification financière et la budgétisation sanitaire au niveau national, infranational et à l'échelle des établissements. Les gouvernements et les administrateurs devraient réserver ces services comme étant primordiaux pour la santé de la population, afin que leur budget ne soit pas réorienté vers d'autres services en cas d'urgence, comme la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) (80). L'intégration de ces services à la couverture sanitaire universelle contribuera à assurer leur pérennité à long terme. Il existe peu de données probantes sur la façon d'assurer la responsabilisation dans les systèmes de santé. Les parties prenantes, à différents niveaux, peuvent favoriser une culture de la responsabilisation de la façon suivante : faire de l'apprentissage et du perfectionnement un processus continu, accroître la collaboration et la coordination à tous les niveaux de soins et tirer parti d'un suivi régulier pour améliorer les performances, avec une supervision de soutien et des mécanismes de retour d'information.



Père pratiquant le contact peau à peau avec son nouveau-né de faible poids de naissance, dans le service de soins « mère kangourou » de l'hôpital Dr Jose Fabella Memorial, Manille, Philippines.

Partenariats élargis. L'impact programmatique de la méthode « mère kangourou » peut être optimisé par l'engagement de divers partenaires à travailler ensemble, par la voie d'alliances existantes et nouvelles, en vue de soutenir les efforts nationaux de mise en œuvre. Parmi les nombreux exemples de partenariats réussis, citons : les partenariats public-privé pour les soins de santé primaires, visant à faciliter l'accès aux services de santé, en particulier dans les zones reculées (81) ; l'intégration des services à différents niveaux et pour différents types de soins (82) ; les collaborations entre les instituts de recherche nationaux ; la coordination entre les services de santé locaux et les partenaires d'exécution, tels que la communauté de pratique mondiale pour les soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades et le réseau « Chaque nouveau-né » ; l'intensification d'initiatives telles que l'initiative des hôpitaux « amis des bébés » et les soins maternels respectueux. En tant que principale composante des soins centrés sur la famille, les partenariats entre les organisations professionnelles en obstétrique, en pédiatrie et en soins infirmiers, ainsi que les collaborations entre ces cadres professionnels et les mères/les familles, sont essentiels à la mise en œuvre de la méthode « mère kangourou » (83, 84).

Systèmes et intégration. Les services de santé devraient répondre aux besoins de toutes les mères et de tous les nourrissons et fournir des services essentiels de soins maternels et néonataux de qualité, y compris des soins « mère kangourou », à tous les niveaux des établissements de santé et dans la communauté. Le cadre général de la mise en œuvre de la méthode « mère kangourou » à différents niveaux de soins (voir la Figure 2, sous la rubrique *Considérations relatives à la conception d'une stratégie de mise en œuvre de la méthode « mère kangourou »*) sert de fondement à la conception de systèmes et de services intégrés. Les systèmes de santé devraient offrir un parcours de soins aisé aux parents et aux familles et devraient s'efforcer de normaliser la prestation des soins à différents niveaux. Pour ce faire, il faut définir clairement les rôles et responsabilités des équipes interprofessionnelles (p. ex., pour les équipes de santé maternelle et néonatale au sein d'un établissement), déterminer les parcours de soins (p. ex., vers quel établissement un agent de santé communautaire doit-il orienter un nourrisson prématuré ou de faible poids de naissance né à domicile) et utiliser des protocoles et des outils d'aide à la décision partagés pour assurer une transition harmonieuse des patients avec continuité des soins (p. ex., pour une orientation à partir d'un établissement de niveau inférieur vers un établissement de niveau supérieur) (85, 86).

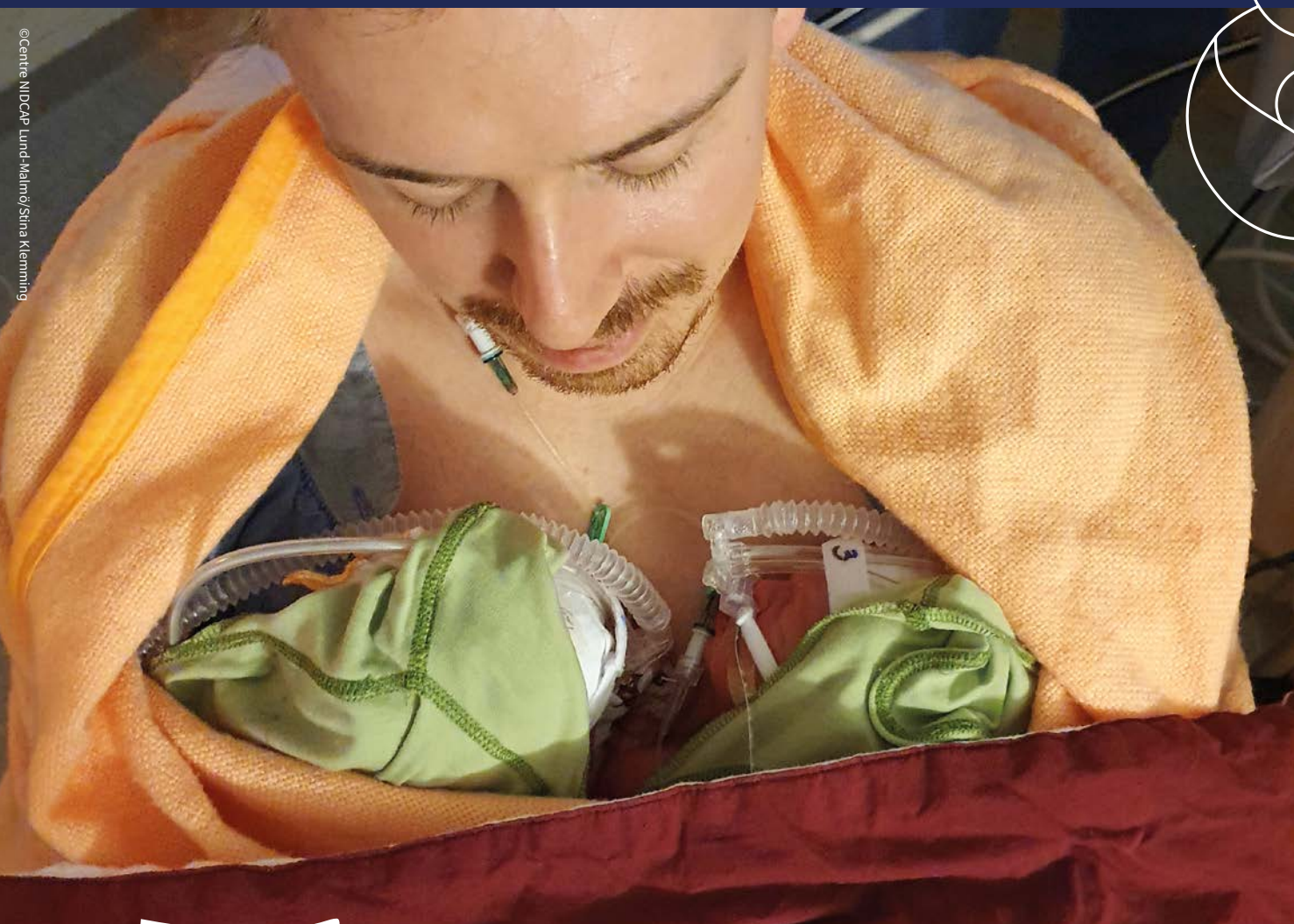
Le système d'information sanitaire devrait également être conçu de manière que les informations sur les patients (informations cliniques, inscription, planification, etc.) soient accessibles à tous les niveaux, afin de garantir une communication fluide entre les prestataires de soins (p. ex., par l'enregistrement des soins « mère kangourou » en communauté dans le document de santé conservé à domicile).

Approche factuelle, axée sur les données. Il convient que les gouvernements procèdent à une analyse de la situation des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades dans leur pays, et utilisent les informations et données probantes existantes pour décider des changements à apporter à l'infrastructure et à la conception et la prestation des services, en vue de la mise en œuvre programmatique de la méthode « mère kangourou » dans les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile. La recherche sur la mise en œuvre, intégrant des composantes sociales et comportementales, peut générer les données probantes qui permettront d'améliorer de façon continue la mise en œuvre et l'intensification de qualité, à l'échelle nationale (87). Les gouvernements devraient activement soutenir, renforcer et employer un réseau de chercheurs locaux capables d'examiner les données programmatiques et de mettre en évidence les lacunes, d'appréhender les approches d'amélioration fondées sur des données probantes et d'entreprendre des recherches pour résoudre les problèmes spécifiques au contexte local, le cas échéant.

Recherche et innovation. La recherche sur la mise en œuvre permet d'identifier les problèmes propres au contexte, de les traiter et de combler le fossé entre information et action dans les contextes réels, avec pour objectif d'améliorer la santé maternelle et néonatale, d'éclairer la conception et la mise en œuvre des politiques, de renforcer la prestation des services de santé et d'autonomiser les communautés et les bénéficiaires (88). Les innovations en matière de conception et de prestation des services peuvent améliorer les soins aux nourrissons prématurés et de faible poids de naissance et à leurs mères à divers niveaux afin de répondre à leurs besoins en matière de santé et de soins, d'améliorer l'expérience des soins pour les parents et les familles et d'obtenir de meilleurs résultats dans divers contextes. De telles innovations facilitent la création de nouvelles propositions de valeur qui étoffent l'axe technologique, en vigueur jusqu'alors, vers une approche centrée sur l'humain et la cocréation (89-91). Les efforts de recherche en cours – tels que les enquêtes sur la préparation opérationnelle des services, ainsi que sur la qualité et l'expérience des soins, les analyses de situation, les discussions sur l'établissement des priorités, les ateliers multipartites et les études d'acceptabilité communautaire – peuvent contribuer à affiner la mise en œuvre et permettre des adaptations socioculturelles ; aussi devraient-ils faire partie de l'évaluation continue des systèmes de santé.



Tsehayensh, 25 ans, tient son nourrisson de faible poids de naissance serré contre sa poitrine pour assurer un contact peau à peau, une composante essentielle de la méthode « mère kangourou », à l'hôpital Felege Hiwot, Bahir Dar, Éthiopie.



Les jumeaux Hertzberg, nés un peu plus de huit semaines avant terme, bénéficient de soins « mère kangourou » immédiats et continus, Centre NIDCAP Lund-Malmö, Stockholm.

5

Stratégie de mise en œuvre et d'intensification

Mobiliser les dirigeants politiques et élaborer des politiques de soutien de la méthode « mère kangourou » avec un plan de mise en œuvre national

L'engagement des dirigeants politiques nationaux, les politiques de soutien, le cadre juridique ou réglementaire et un plan ou une stratégie nationale pour la mise en œuvre de la méthode « mère kangourou », parallèlement à l'intensification et au renforcement des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades, sont essentiels à la réussite de la mise en œuvre et de l'intensification de la méthode.

Il convient que les dirigeants politiques reconnaissent la méthode comme étant un instrument de restructuration des systèmes de santé et de réorganisation de la prestation de services maternels et néonataux, améliorant l'efficacité et la survie, la santé, le bien-être et le capital humain à long terme – ce qui permet par conséquent d'obtenir un retour sur investissement élevé et de bénéficier à l'économie dans son ensemble. Ils devraient inclure la méthode « mère kangourou » dans le cadre de la couverture sanitaire universelle et créer un environnement politique et réglementaire favorable à sa mise en œuvre aux niveaux national et infranational, à la fois dans les secteurs public et privé de la santé. Les politiques relatives aux soins maternels et néonataux devraient être mises à jour en vue d'inclure la méthode dans les programmes de formation avant l'emploi de l'ensemble des prestataires de santé, dans les examens nationaux relatifs à l'autorisation d'exercer, dans les régimes d'assurance maladie pour les soins maternels et néonataux, ainsi que dans les normes d'agrément des établissements de santé. Il convient que les gouvernements élaborent un plan national pour la mise en œuvre de la méthode à tous les niveaux de soins en établissement et dans la communauté, qui suppose des soins combinés et respectueux pour la dyade mère-nourrisson ainsi que la participation active des familles, même lorsque le nourrisson est prématuré ou de faible poids de naissance et qu'il est malade.

Ce plan devrait inclure la méthode « mère kangourou » pour tous les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance, en tant qu'intervention fondamentale lors de l'intensification et du renforcement des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades. Il devrait également fixer des objectifs et des cibles réalisables et limités dans le temps, en ce qui concerne la couverture et la qualité de la mise en œuvre et de l'intensification de la méthode dans le cadre des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades, aux niveaux national et infranational.



Il convient que les dirigeants politiques reconnaissent la méthode « mère kangourou » comme étant un instrument de restructuration des systèmes de santé et de réorganisation de la prestation de services maternels et néonataux en vue d'améliorer les résultats dans ce domaine, et un levier à même d'apporter des avantages à long terme pour l'économie et le capital humain.

Garantir un financement adéquat et durable

L'engagement des dirigeants politiques en faveur de la mise en œuvre de la méthode « mère kangourou » doit s'accompagner d'un engagement financier, reflété dans les budgets nationaux et infranationaux des programmes de santé maternelle, néonatale et infantile grâce à des dispositions spécifiques pour la mise en œuvre et l'intensification de la méthode en tant que fondement des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades. Il convient que le ministère/les départements des finances soient associés à la planification, conjointement avec les gestionnaires des programmes de santé maternelle, néonatale et infantile du ministère de la Santé. Le principal poste budgétaire sera constitué des coûts de refonte de l'infrastructure pour des soins respectueux et combinés de la dyade mère-nourrisson, avec la participation des familles, ainsi que des interventions de soins essentiels pour tous les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance (par exemple, la lutte contre les infections et la ventilation en pression positive continue pour les nourrissons en détresse respiratoire).

La méthode « mère kangourou » dédiée aux nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance malades nécessitera des agencements dans les unités de soins néonataux pour permettre à la mère, si elle va bien, de rester avec le nourrisson. Ceux-ci comprendront un lit à côté de la couveuse/l'unité chauffante, des toilettes et une salle de bain attenantes au lieu, ainsi que d'autres commodités de base telles que de l'eau potable et de la nourriture. Il peut être également nécessaire de prévoir des espaces de stérilisation des ustensiles utilisés pour l'alimentation avec le lait maternel exprimé (par exemple, paladaï, tasse/cuillère), ainsi que des zones d'examen postnatal. Les soins « mère kangourou » aux nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance nécessiteront des agencements pour l'intimité de la mère, l'expression du lait maternel, des lits et des chaises dédiés à la méthode, et d'autres commodités spécifiées ci-dessus.

Les autres postes budgétaires comprennent les ressources humaines et les coûts de formation en cours d'emploi, les coûts de la maintenance et des consommables, ainsi que le suivi régulier de la qualité et de la couverture. Il convient que les gouvernements allouent des ressources à la mise en œuvre de la méthode à tous les niveaux de soins en établissement et dans la communauté, et utilisent des mécanismes de suivi appropriés pour garantir la responsabilisation.

Les considérations budgétaires devraient également inclure l'élimination des obstacles financiers à l'accès, en particulier pour les pauvres, et la prise en charge des dépenses des familles en matière de soins, en particulier dans les contextes où le secteur privé est dominant. Les gouvernements pourraient envisager différents régimes de financement et de protection de la santé et des mécanismes d'assurance pour couvrir les coûts (dépenses) des soins supportés par la famille. Par exemple, les Philippines ont élargi les prestations prévues par les programmes existants pour les mères et les nourrissons, afin de couvrir des services complets destinés aux nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance, y compris la méthode « mère kangourou » (92). De nombreux pays, tels que l'Allemagne, l'Autriche, la Colombie, Haïti, l'Inde et le Luxembourg, prévoient également des congés de maternité et de paternité prolongés en cas de naissance prématurée ou de faible poids à la naissance ; d'autres pays pourraient également envisager d'adopter cette politique (1).



Dans le cadre des budgets nationaux et infranationaux des programmes de santé maternelle, néonatale et infantile, les gouvernements devraient consacrer des ressources financières spécifiques à la mise en œuvre de la méthode « mère kangourou » (y compris les soins « mère kangourou » immédiats) en tant que fondement des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades. Des mécanismes appropriés de surveillance et de suivi devraient être utilisés pour garantir la responsabilisation.

Le soutien financier national à la mise en œuvre de la méthode sera crucial pour la pérennité de cette dernière. Cependant, la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure ne peuvent obtenir un financement adéquat de la méthode que par une combinaison de fonds publics et d'investissements extérieurs de la part de donateurs et de partenaires. Les gouvernements des contextes à ressources limitées devraient s'adresser aux donateurs, aux partenaires de développement et de mise en œuvre et aux organismes des Nations Unies, et faire appel aux investissements pour soutenir les efforts nationaux visant à établir, renforcer et intensifier les services de soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades avec la méthode « mère kangourou ». Les sources et les montants des fonds peuvent varier selon le contexte. Par exemple, Grands Défis Canada a aidé le gouvernement camerounais à intensifier la méthode « mère kangourou » dans cinq régions au moyen d'une obligation à impact sur le développement (93). Le Mécanisme mondial de financement, en collaboration avec Laerdal Global Health, une entreprise norvégienne à but non lucratif, a appuyé l'intensification de la méthode dans quatre régions de l'Éthiopie (94). Bien que les sources et les montants des fonds puissent varier, le financement durable de la méthode « mère kangourou » exigera des pays qu'ils mobilisent et gèrent efficacement les ressources en vue de soutenir et développer des interventions prioritaires autour des soins spéciaux aux nouveau-nés, tout en faisant état d'une responsabilisation et de résultats de qualité.

Accroître la disponibilité, la capacité et la motivation des prestataires de santé

Les prestataires de santé jouent un rôle clé dans la mise en œuvre de la méthode « mère kangourou », dans tous les contextes. Le plan et le budget nationaux de mise en œuvre doivent prévoir un nombre suffisant d'agents de santé de différents cadres (par exemple, personnel médical, personnel infirmier, personnel d'obstétrique et agents de santé communautaires) pour atteindre une couverture élevée de la méthode dans les établissements de santé et les communautés. Les gouvernements devraient planifier un renforcement adéquat des capacités de tous les prestataires de santé en ce qui concerne l'application de la méthode dans les soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades, pour tous les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance ; pour cela, il convient d'intégrer la méthode à la formation initiale et à la formation en cours d'emploi, et de fournir une supervision de soutien sur le lieu de travail. L'éducation et la formation devraient englober les composantes essentielles suivantes, conjointement avec la pratique de la méthode « mère kangourou » et des soins de qualité pour les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance : des compétences en matière de conseil et de communication pour soutenir les mères, les pères/les partenaires et les familles ; un soutien à l'allaitement ; la promotion de la participation des familles ; une planification harmonieuse de la sortie de l'établissement et de la transition vers le domicile, y compris des visites de suivi à domicile ; le soutien à la santé mentale maternelle.

Outre le fait de disposer d'un nombre suffisant d'agents de santé bien éduqués et formés aux soins « mère kangourou », il est primordial qu'ils acceptent, promeuvent et pratiquent la méthode en tant que norme de soins pour tous les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance, que ces derniers soient en bonne santé ou malades. Les gouvernements devraient inciter les organisations professionnelles à accepter, approuver, promouvoir et mettre en œuvre une politique visant à maintenir et à prendre en charge la mère et le nourrisson ensemble après la naissance, et à appliquer la méthode « mère kangourou » de façon immédiate, continue et prolongée, en tant que norme de soins pour tous les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance, en bonne santé ou malades. Les spécialistes (pédiatrie, néonatalogie, gynécologie-obstétrique), le personnel médical généraliste, le personnel infirmier et le personnel d'obstétrique doivent montrer l'exemple en manifestant un changement de pratique. Ils peuvent endosser le rôle de promoteur de la méthode « mère kangourou » et œuvrer pour accroître et maintenir la motivation et l'élan du personnel de santé au moyen de la diffusion de données probantes, de l'enseignement médical continu et d'autres mécanismes.

À l'échelle de l'établissement, il est essentiel de disposer d'une équipe interprofessionnelle engagée dans des activités éducatives continues, composées de formations pratiques, de cours de mise à niveau des connaissances et d'une supervision de soutien. Les administrateurs d'établissement devraient éviter de déplacer, vers d'autres domaines d'activité, le personnel formé à la méthode « mère kangourou ». Au sein de la communauté, les agents de proximité ou de santé communautaire auront besoin d'une formation intensive en matière de contact peau à peau et de conseil en allaitement, avec des sessions pratiques dans les établissements de santé qui mettent en œuvre la méthode, afin d'aider les mères, les pères/les partenaires et les familles à débiter et à poursuivre les soins « mère kangourou » à domicile. Un réseau de professionnels de la santé et d'agents de santé communautaires peut promouvoir le renforcement des capacités et l'apprentissage mutuel.



Il convient que la stratégie relative aux ressources humaines s'aligne sur la nécessité d'appliquer la méthode à tous les niveaux de soins de santé dans les établissements et dans la communauté, y compris sur les plans de renforcement des capacités en matière de soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades et de soins « mère kangourou ».

Réorganiser la prestation de services pour répondre simultanément aux besoins des mères et des nourrissons

À l'heure actuelle, dans de nombreux pays, si un nourrisson prématuré ou de faible poids de naissance ne nécessite pas une admission dans une unité de soins néonataux^b, la mère et le nourrisson restent ensemble au sein du service postnatal. D'autre part, si le nourrisson prématuré ou de faible poids de naissance répond aux critères d'admission dans une unité de soins néonataux (il se situe en dessous du seuil national en ce qui concerne l'âge gestationnel ou le poids de naissance), ou s'il est malade, il est séparé de la mère et pris en charge dans une unité de soins spéciaux ou intensifs jusqu'à ce que son état clinique s'améliore. La mère reste dans le service postnatal (ou est autorisée à sortir) et rend visite au nourrisson ponctuellement, selon le cas. Les pères/les partenaires et d'autres membres de la famille rendent également visite au nourrisson durant des périodes limitées et précises. Les mères, les pères/les partenaires et les familles ne sont généralement pas non plus impliqués dans les soins du nourrisson. Ce modèle de prestation de services n'est pas dans l'intérêt supérieur du nourrisson ni de celui de la mère. La participation des mères, des pères/des partenaires et des familles aux soins courants des nourrissons est essentielle, car elle améliore l'issue à court et à long terme en matière de santé et de développement, ainsi que l'expérience globale des soins.

Il convient que les services dédiés aux mères et aux nourrissons soient combinés à tous les niveaux de soins du système de santé, et ce, dès la période prénatale. Certaines données probantes révèlent que les interventions de conseil en allaitement maternel fournies à la fois durant les périodes prénatale et postnatale sont plus efficaces pour améliorer les résultats de l'allaitement que celles fournies uniquement pendant l'une ou l'autre de ces périodes (95). De même, la méthode « mère kangourou » pourrait être introduite au cours des interventions de conseil prénatal aux côtés de la nutrition, de la contraception, de la préparation à l'accouchement, des signes d'alerte obstétricaux, etc. Étant donné que l'OMS recommande désormais que tous les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance reçoivent des soins « mère kangourou » immédiatement après la naissance, plus de 10 % de toutes les femmes enceintes sont susceptibles de bénéficier d'un conseil prénatal sur la méthode. Il peut également servir à accroître la sensibilisation globale des prestataires de santé et de la communauté et peut aider à générer une demande et une adhésion. Il convient que la prestation de services maternels et néonataux intégrés se poursuive pendant le travail, l'accouchement et la période postnatale, y compris pendant le transport lors de la référence, les soins en établissement ou le suivi après la sortie de l'établissement.

Les politiques nationales devraient appeler à la collaboration entre les prestataires de soins maternels et les prestataires de soins néonataux, ainsi qu'à la prestation combinée de tous les services maternels et néonataux postnatals au même endroit. Les programmes devraient également harmoniser les services de santé maternelle et néonatale pour le suivi après la sortie de l'établissement, afin de garantir que la mère reçoive un soutien pour sa santé physique et mentale en même temps que le soutien à la méthode « mère kangourou » à domicile. Les lignes directrices pour la prestation des services aux différents niveaux de soins doivent être claires et cohérentes. Assurer une prestation de services de haute qualité grâce à des activités d'amélioration continue est primordial pour accroître la satisfaction des parents et garantir une expérience positive pour toutes les personnes concernées.

^b Par exemple, si le nourrisson se situe au-dessus du seuil national en ce qui concerne l'âge gestationnel ou le poids de naissance (et ne répond donc pas aux critères d'admission dans une unité de soins néonataux) et s'il ne présente aucune complication clinique.



Il convient que la mère et le nouveau-né restent ensemble après la naissance, même lorsque ce dernier est malade et nécessite des soins au sein de l'unité de soins néonataux. La mère et le nouveau-né devraient recevoir des soins respectueux, ensemble en tant qu'unité, en un seul endroit (17).

Moderniser l'infrastructure et la conception des soins maternels et néonataux afin de créer un environnement propice à la méthode « mère kangourou »

Dans le cadre de la mise en œuvre de la méthode « mère kangourou », l'une des exigences fondamentales relatives au système de santé est de maintenir et de prendre en charge la mère et le nourrisson ensemble après la naissance, et de permettre à la mère de jouer un rôle central dans les soins du nouveau-né, avec le soutien du père/du partenaire et d'autres membres de la famille. À l'échelle nationale, les politiques et les plans de mise en œuvre de la méthode devraient énoncer ce principe clairement et avec force, et les politiques des établissements devraient créer un environnement favorable à son application. Il convient que les politiques, l'infrastructure, l'environnement et les services de l'établissement permettent aux mères et aux nourrissons de rester ensemble immédiatement après la naissance, quel que soit leur état clinique, à moins qu'ils ne soient gravement malades. À cet effet, il est nécessaire de prévoir un espace partagé où les mères et les nourrissons peuvent être accueillis et pris en charge ensemble, même lorsque les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance doivent être admis dans une unité de soins spéciaux ou intensifs, dotée de toutes les installations et de l'équipement nécessaires à leur prise en charge. Les prestataires de soins de santé maternelle et néonatale devraient collaborer pour prendre soin de la mère et du nourrisson, ensemble. Cet espace dédié devrait également répondre à tous les besoins médicaux et d'autres besoins de la mère, y compris la nourriture, l'eau et l'hygiène, aux côtés du nourrisson.

Dans le cas d'un nourrisson prématuré ou de faible poids de naissance qui se porte bien par ailleurs, les pays pourraient envisager de disposer d'une zone distincte dans tous les services postnatals ou d'attribuer des salles séparées pour ces dyades mère-nourrisson. Pour les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance qui ont besoin de soins spéciaux ou intensifs, les pays devront réfléchir et choisir des agencements susceptibles de s'adapter à leur contexte. Selon une étude récente, des mères sont restées 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 avec leur nourrisson de faible poids de naissance grâce au placement de leur lit au sein de l'unité de soins intensifs néonataux ; cette disposition a permis d'obtenir un démarrage précoce et une durée plus longue des soins « mère kangourou » (voir Encadré 2). Il est possible d'adopter cet agencement, ou d'autres agencements novateurs, lorsqu'un nourrisson prématuré ou de faible poids de naissance nécessite des soins spéciaux ou intensifs.

Les pays peuvent mettre en place de nouvelles unités qui permettent de combiner les soins maternels, néonataux et « mère kangourou », ou réaménager les unités existantes dans le même but. Des innovations en matière de conception seront nécessaires pour convertir les unités néonatales existantes et accueillir ainsi les mères en leur sein tout en leur assurant des soins médicaux et de soutien respectueux. De nombreuses conceptions et adaptations sont possibles dans différents contextes. Par exemple, les salles d'attente pour les mères, adjacentes aux unités néonatales, pourraient être combinées en une grande salle unique, agencée de la façon suivante : lits maternels placés à côté des unités chauffantes/couveuses, poste de soins infirmiers central et toilettes attenantes, salle de bain et zone d'examen maternel. Par ailleurs, lorsque la mère a besoin de soins médicaux, il est possible de procéder à des adaptations pour pratiquer la méthode dans les services maternels, avec des dispositions pour accueillir les membres de la famille qui assistent et remplacent la mère dans le cadre des soins « mère kangourou ».

Une fois mis en pratique, le maintien des mères et des nourrissons ensemble et en un seul lieu peut simplifier l'infrastructure et la prestation de services. Lorsqu'ils décident de rénover des structures existantes ou d'en établir de nouvelles, il convient que les gouvernements envisagent d'intégrer des caractéristiques de conception novatrices, qui s'avèrent durables sur le plan environnemental, écoénergétiques, faciles à utiliser, fonctionnelles et qui favorisent le bien-être des mères, des familles et des agents de santé. Les équipements (y compris les lits, les chaises et les vêtements) dédiés aux soins « mère kangourou » sont peu coûteux et peuvent être achetés localement ou au moyen de contrats d'achat en masse. Tous les articles doivent être de bonne qualité afin de garantir le confort de la mère et la sécurité de l'enfant, et un approvisionnement adéquat doit être planifié pour assurer des soins continus.

Encadré 2.**Comment a-t-il été possible de maintenir les mères et les nourrissons ensemble dans l'étude sur les soins « mère kangourou » immédiats ?**

- Une nouvelle unité de soins intensifs néonataux a été conçue, avec un espace dédié au lit de chaque mère accompagnée de son nourrisson ; cet espace a été désigné « unité de soins mère/nouveau-né ».
- L'infrastructure comprenait également des toilettes, une salle de bain, un coin cuisine et une cabine d'examen clinique attenante à l'unité, pour les mères.
- L'équipement restant et les soins prodigués au nourrisson étaient identiques à ceux des unités de soins intensifs conventionnelles pour nouveau-nés.
- Les nourrissons ont été déplacés de la salle de travail ou de la salle d'opération vers l'unité de soins mère/nouveau-né, en position de soins « mère kangourou » avec la mère ou une mère de substitution.
- La mère ou la mère de substitution a donné des soins « mère kangourou », jusqu'à ce que la mère soit transférée dans l'unité.
- Le personnel infirmier néonatal a fourni des soins postnatals maternels essentiels, après avoir reçu une formation.
- Le personnel d'obstétrique a visité quotidiennement les mères dans l'unité de soins mère/nouveau-né.

Source : Groupe d'étude sur les soins « mère kangourou » immédiats de l'OMS, et al. (2021) (46).



Mettre au point des systèmes de données robustes et exploiter les données pour améliorer la qualité

Il est essentiel de consigner, dans le cadre des systèmes d'information sanitaire de routine, la prestation et les pratiques de soins « mère kangourou » et de soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades à l'aide d'indicateurs spécifiques, en vue de suivre et d'améliorer la couverture et la qualité de ces pratiques.

La collecte (p. ex., sur papier, sous forme numérique ou une combinaison des deux) et l'utilisation de données à l'échelle de l'établissement sont essentielles pour identifier les problèmes à un stade précoce, déclencher des mesures correctives et soutenir la prise de décisions afin d'améliorer la mise en œuvre. Les documents de santé conservés à domicile, ainsi que la collecte et l'utilisation de données à l'échelle communautaire, peuvent contribuer à surveiller l'application de la méthode « mère kangourou » par la communauté ou la poursuite de la méthode après la sortie de l'établissement.

Les pays devraient élaborer un cadre de suivi-évaluation au niveau national et intégrer quelques indicateurs « méthode mère kangourou » prioritaires à leur système d'information sanitaire, conjointement avec d'autres indicateurs relatifs aux soins prodigués aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades. L'OMS a récemment affiné l'indicateur de couverture de la méthode conformément à la mise à jour des lignes directrices pour la prise en charge des nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance ; il est facilement mesurable à partir des registres et des feuilles de décompte, et établi dans l'étude de validation multipays EN-BIRTH (*Every Newborn Birth Indicators Research Tracking in Hospitals*) (96, 97). Le numérateur est le nombre de nouveau-nés <2500 g qui bénéficient de soins « mère kangourou » (placés en contact peau à peau ou en position kangourou) n'importe où dans l'établissement, et le dénominateur est le nombre de nouveau-nés admis (nés à l'hôpital ou orientés à partir d'un autre lieu) dont le poids de naissance <2500 g (Encadré 3). Quelques paramètres de qualité – la durée des soins « mère kangourou » (durée quotidienne et nombre de jours), l'alimentation appropriée avec du lait maternel, les soins et le suivi après la sortie – ont également été convenus (97).

Encadré 3.

Indicateur proposé par l'OMS et l'ENAP pour mesurer la couverture de la méthode « mère kangourou » à l'échelle de l'établissement*

Couverture
de la méthode
« mère kangourou »

$$= \frac{\text{Nbre de nouveau-nés <2500 g recevant des soins « mère kangourou » n'importe où dans l'établissement}}{\text{Nbre de nouveau-nés admis, avec un poids de naissance <2500 g}}$$

* Bien qu'elle soit simple et facile à mesurer dans les systèmes sanitaires de routine, elle peut être confondue avec le contact peau à peau prodigué dans la première heure après la naissance, lequel est recommandé pour tous les nouveau-nés.



En 2014, l'ENAP a proposé des indicateurs liés à d'autres interventions de soins néonataux à fort impact et fondées sur des données probantes (Tableau 3). Sur les 10 indicateurs de base proposés pour atteindre les cibles en matière de mortalité et de couverture, en vue de mettre fin aux décès de nouveau-nés et aux mortinaissances évitables, 7 s'appliquent aux soins des nouveau-nés de petit poids et/ou malades et aux soins « mère kangourou ». Cependant, seuls quelques-uns d'entre eux font actuellement l'objet d'un suivi dans le cadre des systèmes sanitaires de routine.

Tableau 3. Indicateurs de base ENAP pertinents pour le suivi national des soins « mère kangourou » et des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades

Situation actuelle	Type d'indicateur	Indicateurs de base ENAP
Les définitions sont claires, mais la quantité et la cohérence des données font défaut	Impact	1. Taux de mortinatalité 2. Taux de mortalité maternelle 3. Taux de mortalité néonatale*
Les définitions des points de contact sont claires, mais les données sur le contenu des soins font défaut	Couverture : soins pour l'ensemble des mères et des nourrissons	4. Présence de personnel qualifié à la naissance* 5. Soins postnatals précoces pour les mères et les nourrissons* 6. Soins néonataux essentiels (le traceur est la mise au sein précoce)*
Lacunes en matière de définition de la couverture et tests de validation et de faisabilité nécessaires pour l'utilisation par le système d'information sanitaire	Couverture : complications et soins supplémentaires	7. Utilisation de corticostéroïdes prénatals 8. Réanimation du nouveau-né 9. Méthode « mère kangourou » • L'indicateur de couverture a été défini à la suite de travaux de validation (2021) • Définition de l'indicateur de préparation opérationnelle des services et intégration aux outils d'évaluation des établissements de santé (2015) 10. Traitement des infections néonatales graves



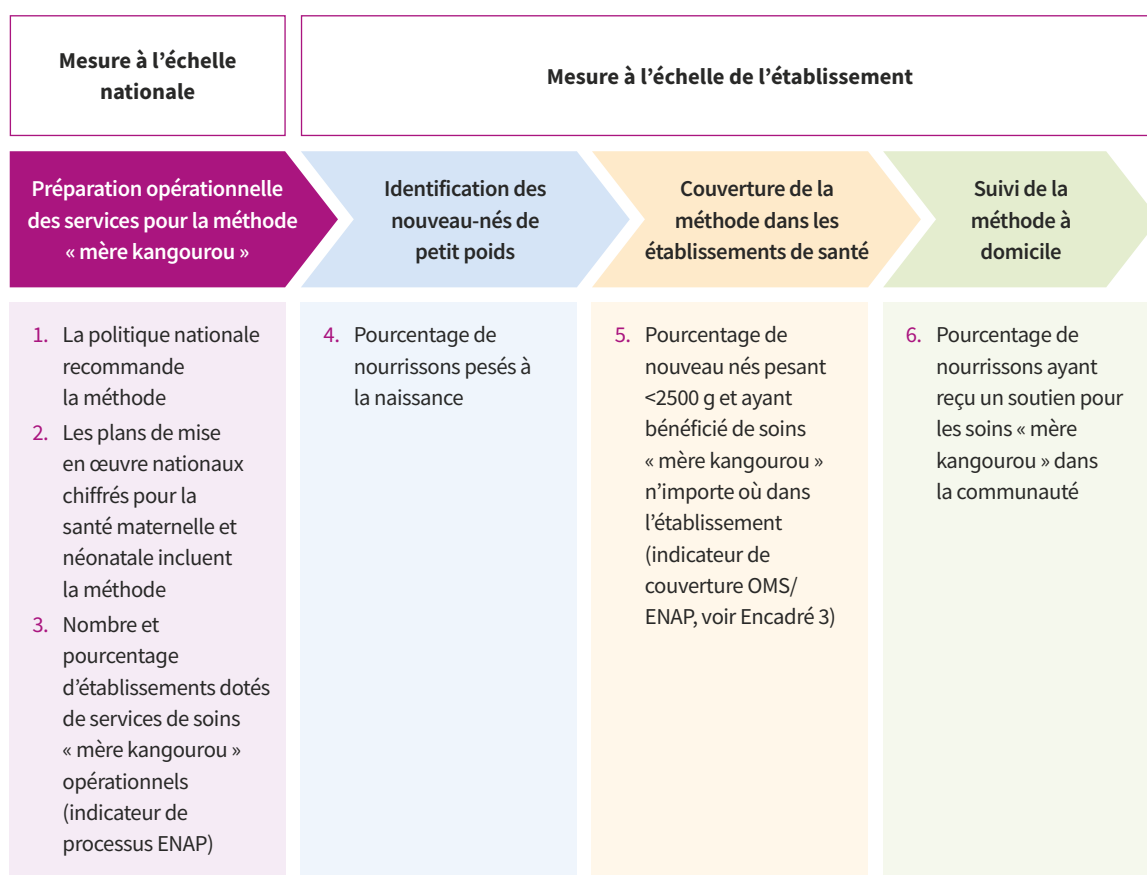
* Déjà en cours de mesure.

Les indicateurs en violet sont pertinents pour les soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades et les soins « mère kangourou ».

Source : adaptation de Moxon *et al.* (2014) (98).

En 2015, l'ENAP a proposé un indicateur pour mesurer la préparation opérationnelle des services au niveau national, en ce qui concerne la méthode « mère kangourou », défini de la façon suivante : nombre d'établissements disposant d'un espace dédié à la méthode et d'au moins un membre du personnel ayant reçu une formation à la méthode au cours des deux années précédentes (98). Il est désormais intégré aux outils d'évaluation pertinents des grands établissements de santé, tels que l'évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services (SARA, *Service Availability and Readiness Assessment*), l'évaluation harmonisée des établissements de santé (HHFA, *Harmonized Health Facility Assessment*) (99, 100, 102) et l'enquête sur l'évaluation de la prestation des services (*Service Provision Assessment*) (101). Depuis, un cadre de mesure de la méthode « mère kangourou » a été élaboré avec des indicateurs de base en vue de suivre, au moyen d'un processus consultatif mondial, la mise en œuvre et les progrès accomplis en faveur d'une couverture efficace de la méthode en établissement (103). Nous avons adapté ces indicateurs pour qu'ils correspondent aux recommandations actuelles (voir Fig. 3).

Figure 3. Indicateurs de mesure de la méthode « mère kangourou » en établissement



ENAP : Plan d'action pour la santé du nouveau-né

Source : adaptation de Guenther et al. (2017) (103).

Des travaux supplémentaires sont nécessaires pour convenir d'un cadre clair avec des indicateurs spécifiques alignés sur les recommandations existantes en matière de méthode « mère kangourou » et de sa mesure aux niveaux national et infranational.

Les données sur la couverture nationale sont une étape essentielle, mais elles devront être reliées en temps opportun à des données plus détaillées sur la qualité des soins, ce qui nécessitera probablement l'élaboration d'un ensemble de données néonatales individuel couvrant la méthode, ainsi que d'autres paramètres de soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades, tels que la ventilation en pression positive continue, l'utilisation sûre de l'oxygène, la prise en charge des infections et la mise en place d'un suivi. Les gouvernements peuvent également envisager de mettre en place des mécanismes visant à tirer les leçons des programmes et des processus d'assurance de la qualité afin d'identifier les problèmes liés à l'exécution et de fournir des informations sur les mesures à prendre pour améliorer la mise en œuvre et la performance des programmes.

Créer un réseau de soins fonctionnel et améliorer le transport lors de la référence

Les gouvernements ne devraient pas mettre en œuvre la méthode « mère kangourou » de manière isolée. En vue d'obtenir des résultats optimaux pour les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance, il faut que des services essentiels de soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades soient disponibles à tous les niveaux de soins, avec des liaisons fonctionnelles entre eux. Les réseaux de soins dotés d'un système de référence-recours fonctionnel peuvent faciliter la recherche et la prestation de soins au niveau adéquat, avec une réduction de la tension sur le système de santé, les agents de santé et les patients, une diminution des coûts des soins et une amélioration des résultats.

Il a été démontré que l'appui au transport d'urgence, offert dans le cadre d'un ensemble d'interventions à composantes multiples et comprenant des incitations financières, une meilleure communication et une mobilisation communautaire, permet d'augmenter le nombre d'accouchements en établissement et de réduire la mortalité néonatale (104). Les programmes pourraient envisager de tels mécanismes pour faciliter le transfert en temps opportun des nouveau-nés de petit poids et/ou malades d'un établissement de niveau inférieur à un établissement de niveau supérieur, tout en garantissant le démarrage précoce et la poursuite de la méthode « mère kangourou » à différents niveaux de soins. Les liaisons de suivi entre les établissements et les communautés doivent également être renforcées pour assurer un suivi et un soutien adéquats de la méthode à domicile, après la sortie de la dyade mère/nourrisson de l'établissement de santé. Parmi les approches visant à promouvoir ces liaisons, on pourrait citer les initiatives de transport communautaire (105, 106), la continuité des soins (107, 108) et les interventions de santé mobile (109).



La méthode « mère kangourou » ne peut pas être mise en œuvre de manière isolée. Pour obtenir des résultats optimaux pour les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance, des services essentiels de soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades doivent être disponibles à tous les niveaux de soins, avec des liaisons fonctionnelles entre chacun d'eux.



Adebisi Adejoke, 41 ans, avec son nourrisson en position « mère kangourou », entourée des infirmières de soutien de l'unité de soins mère/nouveau-né de l'hôpital universitaire Obafemi Awolowo, Ile-ife, Nigéria.



©OMS/Yoshi Shimizu Shimizu



Un père prodigue des soins « mère kangourou » à son nourrisson prématuré à l'hôpital Setthathirath, Vientiane, République démocratique populaire lao.

Application de la stratégie de mise en œuvre

Planification et coordination nationales de la mise en œuvre de la méthode « mère kangourou »

Il convient que les gouvernements constituent un groupe consultatif technique chargé d'assurer la planification et la coordination de la mise en œuvre de la méthode au niveau national, en veillant à une large participation des parties prenantes. Ce groupe consultatif devrait inclure : des responsables de programmes aux niveaux national et infranational ; des organisations professionnelles et des professionnels de la santé en pédiatrie, gynécologie-obstétrique, soins infirmiers des secteurs public et privé ; des organismes de santé publique et de recherche ; des universitaires ; des organisations de parents et des représentants de la société civile ; des partenaires de développement multilatéraux et bilatéraux tels que l'OMS, l'UNICEF et l'USAID. Le comité consultatif aidera les pays à réaliser des analyses de la situation des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades, y compris des soins « mère kangourou » pour tous les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance, et à contextualiser la planification de la mise en œuvre dans le pays. Ce processus comprendra l'établissement d'objectifs et de calendriers réalisables, l'élaboration ou l'amélioration de stratégies de mise en œuvre nationales et infranationales et de plans et directives opérationnels (y compris des normes et des protocoles), ainsi qu'un suivi et une évaluation réguliers.

Outre la constitution du groupe consultatif technique national, les gouvernements devraient mettre en place des partenariats et collaborations stratégiques avec les principales parties prenantes aux niveaux national et infranational, afin de susciter l'adhésion à la mise en œuvre et à l'intensification à tous les niveaux. De plus, les centres d'excellence peuvent jouer un rôle déterminant au niveau de la formation et de la motivation du personnel, ainsi que de la promotion de l'intégration de la méthode « mère kangourou » dans les initiatives et programmes existants. Un centre de ressources national peut élaborer des directives et protocoles stratégiques, cliniques et opérationnels et superviser la coordination, la formation et le suivi des activités relatives à la méthode, aux niveaux national et infranational. Les gouvernements peuvent mobiliser des ressources pour la mise en œuvre en créant des protocoles d'accord avec des partenaires et des donateurs, et en combinant les investissements mondiaux et ceux issus du secteur privé pour soutenir les efforts locaux de mise en œuvre.

Les gouvernements devront élaborer une stratégie de ressources humaines qui réponde à la nécessité d'appliquer la méthode « mère kangourou » à tous les niveaux de soins de santé dans les établissements et dans la communauté, notamment des plans de renforcement des capacités et de formation des prestataires de santé maternelle et néonatale dans le domaine des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades, y compris les soins « mère kangourou ». Il convient d'intégrer la méthode aux programmes de formation initiale et de formation en cours d'emploi des prestataires de santé œuvrant dans les domaines de la santé maternelle et néonatale. Pour les cadres de santé en exercice, un plan de formation à la méthode sera nécessaire pour former des instructeurs principaux aux niveaux national et infranational et appuyer la formation continue et les séances de recyclage. Les associations professionnelles de pédiatrie, de gynécologie-obstétrique et de soins infirmiers pourraient faciliter la formation en cours d'emploi et les sessions pratiques pour les agents de santé concernés. Il convient en outre que les gouvernements utilisent différentes approches de communication de masse pour sensibiliser le public à la pratique de la méthode « mère kangourou » et à ses avantages.

Une autre mesure essentielle pour les gouvernements consiste à mettre en place un système de suiviévaluation des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades et des soins « mère kangourou », y compris des indicateurs de la méthode dans le cadre des systèmes d'information sanitaire de routine des établissements et des communautés (systèmes d'information pour la gestion sanitaire, DHIS et enquêtes nationales telles que les enquêtes démographiques et sanitaires ou les enquêtes en grappes à indicateurs multiples). Les responsables de programme devraient examiner régulièrement les données avec le groupe consultatif technique national et fournir un retour d'information aux équipes et partenaires de mise en œuvre pour l'apport de corrections à mi-parcours. En outre, ils devraient s'employer à développer et/ou renforcer les capacités à l'échelon infranational et au niveau des établissements, en vue d'utiliser les données pour analyser les lacunes et améliorer continuellement la qualité au niveau local.

Planification et mise en œuvre au niveau infranational

Le leadership infranational joue un rôle crucial dans la planification et la mise en œuvre de la méthode « mère kangourou » en tant que fondement des soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades, en particulier dans un système de gouvernance fédérale. La réussite de la mise en œuvre au niveau infranational repose sur : (1) l'utilisation et l'allocation appropriées des budgets régionaux et étatiques ; (2) la mise au point de modes opératoires normalisés pour l'application de la stratégie de mise en œuvre ; (3) le renforcement de la prestation de services à la fois à l'échelle de l'établissement et de la communauté ; (4) la garantie de liaisons de référence fonctionnelles entre les différents niveaux de soins et la communauté afin de faciliter l'orientation et le suivi en temps opportun ; (5) le maintien d'un personnel de santé formé et multidisciplinaire et le renforcement des capacités ; et (6) un suivi régulier de la mise en œuvre dans tous les districts, avec des mesures de suivi dans les domaines nécessitant des améliorations.

Les équipes de programme à l'échelon infranational devraient faire partie du processus de planification nationale. Cette participation les aidera à comprendre les principes de la mise en œuvre d'un modèle de prestation de services de soins maternels et néonataux, qui garantit que les mères et les nourrissons sont maintenus et pris en charge ensemble après la naissance, en un même lieu, avec des soins « mère kangourou » prodigués à tous les nourrissons prématurés et de faible poids de naissance, qu'ils soient en bonne santé ou malades. Elles doivent inclure un budget dédié aux activités de la méthode « mère kangourou » dans les plans d'activités au niveau du district. Il convient qu'elles fassent preuve d'un leadership fort et entrent en relation avec les administrateurs d'établissement et les processus communautaires afin de garantir l'engagement et l'adhésion de toutes les parties prenantes locales. Certains établissements peuvent être désignés comme centres d'excellence pour la pratique, la formation et la promotion des soins centrés sur la famille, et peuvent également servir de sites de démonstration des meilleures pratiques en matière de soins aux nouveau-nés de petit poids et/ou malades, notamment les soins « mère kangourou » pour tous les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance. Au niveau infranational, les mesures ultérieures devraient permettre aux établissements de santé de commencer les soins « mère kangourou » pour tous les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance, même lorsqu'ils sont malades ; elles devraient en outre renforcer les services dans l'ensemble du parcours de soins pour soutenir le démarrage précoce ou immédiat et la poursuite de la méthode « mère kangourou ». Ces actions sont récapitulées ci-dessous.

Identification rapide des nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance

L'identification rapide des nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance dans les établissements (tous niveaux de soins) et dans la communauté est importante pour le démarrage précoce de la méthode « mère kangourou ». Cette identification requiert les éléments et mesures suivantes : la disponibilité de balances numériques fonctionnelles dans les établissements (accouchements en maternité) et pour les agents de santé communautaires (accouchements à domicile) ; la formation des agents de santé à l'examen des nourrissons pour détecter la présence de signes de danger ; l'orientation aisée des nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance vers un établissement approprié, conformément au seuil national en ce qui concerne l'âge gestationnel ou le poids de naissance et à d'autres critères (par exemple, présence de signes de danger spécifiés) pour l'admission dans une unité de soins spéciaux ou intensifs. Il est possible d'appliquer la méthode « mère kangourou » pendant le transport. Les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance, nés à domicile et pour lesquels une admission dans une unité de soins néonataux n'est pas nécessaire, peuvent recevoir des soins « mère kangourou » à domicile. De plus, les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance qui n'ont pas pu bénéficier de soins « mère kangourou » au sein de l'établissement après la naissance peuvent également recevoir ces soins à domicile, après la sortie de l'établissement.



L'identification rapide des nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance dans les établissements et dans la communauté est importante pour le démarrage précoce de la méthode « mère kangourou ».



Actions au niveau des établissements

- **Politiques** : la direction de l'établissement devrait établir des politiques qui facilitent le maintien de la mère et du nourrisson ensemble après la naissance, ainsi que leur prise en charge en tant qu'unité, au même endroit, dans un contexte de soins respectueux (soins médicaux, lits, nourriture et eau, bain, toilettes, etc.) et de soins « mère kangourou ». De plus, les pères/les partenaires et les autres membres de la famille devraient être autorisés à rendre visite au nourrisson à tout moment, et être soutenus dans la pratique de la méthode « mère kangourou », conjointement avec la mère.
- **Infrastructure** : les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance qui nécessitent des soins « mère kangourou » peuvent être en bonne santé ou malades. Ceux qui, par ailleurs, vont bien sont généralement pris en charge dans les services postnatals et des dispositions peuvent être prises en ces lieux pour maintenir la mère et le nourrisson ensemble, par exemple en aménageant un espace dédié à ces dyades mère-nourrisson. Pour les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance qui sont malades et qui ont besoin d'être soignés au sein d'une unité de soins spéciaux ou intensifs, de nombreuses unités font état d'une limite courante : elles permettent aux mères de ne rendre visite qu'épisodiquement au nourrisson pour donner des soins « mère kangourou ». Cependant, dans le cadre d'une étude récente, un lit a été fourni à la mère au sein de l'unité de soins néonataux spéciaux ou intensifs, afin qu'elle puisse rester avec le nourrisson 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 et qu'elle ne soit plus considérée comme une visiteuse (46). Cette stratégie a permis un démarrage précoce (plus des deux tiers des nourrissons ont été placés en contact peau à peau dans les deux heures suivant la naissance) et une durée plus longue des soins « mère kangourou » (près de 17 heures par jour). Ces dispositions ou d'autres dispositions innovantes devraient être utilisées pour garantir des soins « mère kangourou » immédiats, prolongés et continus pour tous les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance, même lorsqu'ils sont malades.
- **Services** : les prestataires de santé maternelle et néonatale de l'établissement devraient collaborer pour fournir des soins à la dyade mère-nourrisson en tant qu'unité, dès la naissance, afin de leur permettre de rester ensemble, même lorsque le nourrisson est prématuré ou de faible poids de naissance et malade, et de pratiquer la méthode « mère kangourou » immédiatement. En outre, la mère devrait bénéficier de soins médicaux, de conseils et du soutien nécessaires pour ses propres besoins et ceux de son nourrisson, et disposer de nourriture et d'eau potable, d'un équipement de bain et de toilettes, etc., dans un contexte de soins respectueux.

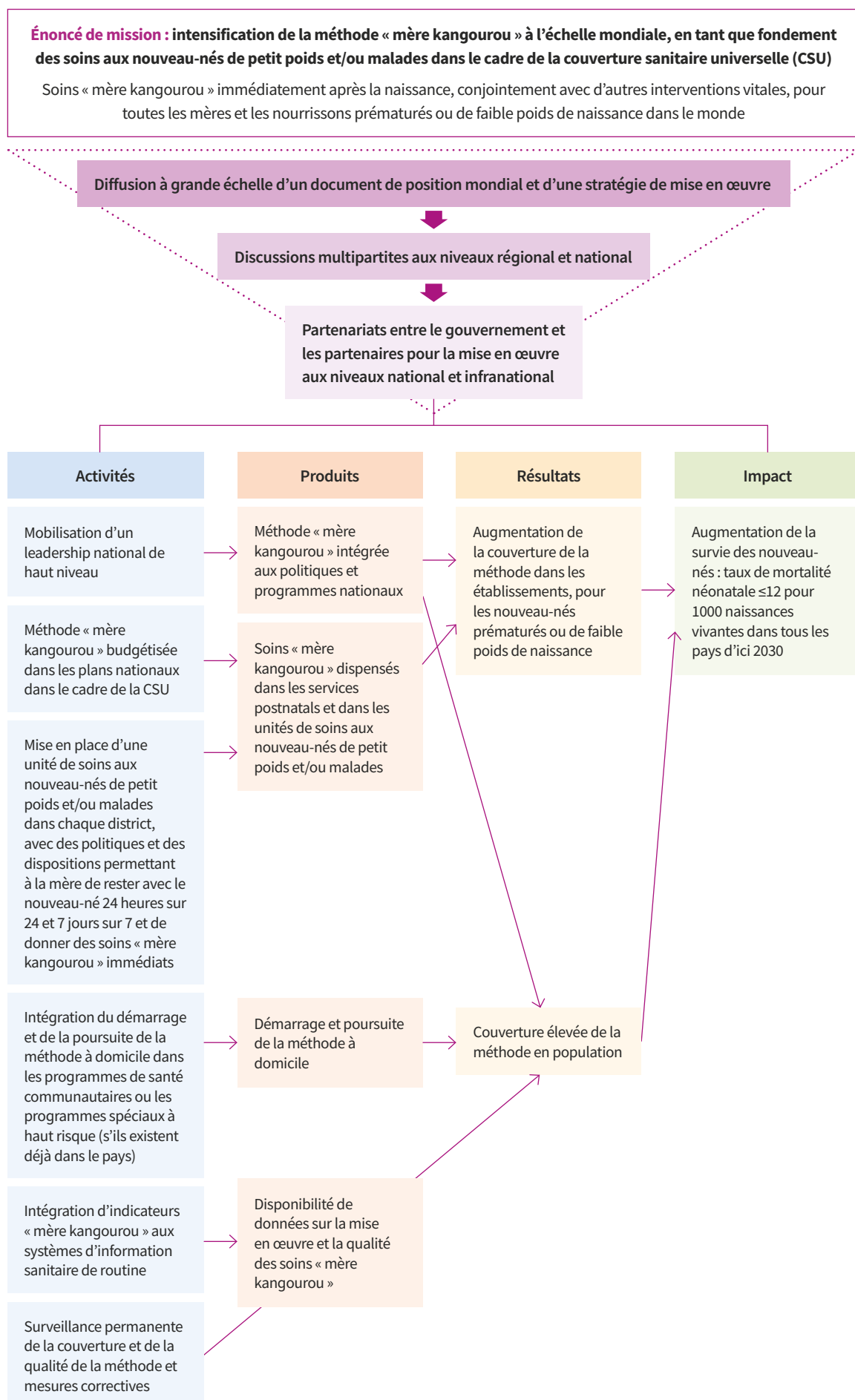
- **Prestataires de santé** : il est important que les prestataires de santé, à tous les niveaux de l'établissement, soient convaincus des avantages à maintenir la mère et le nourrisson ensemble dès la naissance, et à les prendre en charge ensemble au même endroit, la méthode « mère kangourou » étant une norme de soins, même lorsque le nourrisson est prématuré ou de faible poids de naissance et malade. Ils devraient bénéficier d'une formation visant à conseiller et exposer la méthode à la mère, au père/partenaire et aux autres membres de la famille tout au long du séjour à l'hôpital, à soutenir ces derniers dans la pratique de ce type de soins et à suivre leurs progrès. De même, les prestataires de santé communautaires devraient comprendre l'importance du démarrage de la méthode « mère kangourou » à domicile pour les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance qui n'ont pas besoin d'être orientés vers un établissement, ainsi que de la poursuite de la méthode, après la sortie, pour les nourrissons nés et ayant bénéficié de ce type de soins en établissement. Il convient également qu'ils aient les compétences et la confiance nécessaires pour aider les mères, les pères/partenaires et les autres membres de la famille à prodiguer les soins « mère kangourou », ainsi que pour identifier rapidement tout signe de danger impliquant une orientation vers l'hôpital.
- **Liaisons de suivi** : il convient d'établir ou de renforcer des liaisons de suivi appropriées entre les établissements de niveau inférieur et supérieur et entre l'hôpital et le domicile, en vue du démarrage précoce de la méthode « mère kangourou » et de sa poursuite après la sortie. Les prestataires de santé devraient s'assurer que les mères et les familles sont confiantes dans leur capacité à prendre soin de leur nourrisson prématuré ou de faible poids de naissance, y compris pour donner les soins « mère kangourou » à domicile, avant de quitter l'hôpital. Un soutien adéquat devrait être apporté à la dyade mère-nourrisson, au père/partenaire et aux autres membres de la famille dans la communauté, après la sortie de l'établissement, afin qu'ils puissent poursuivre les soins « mère kangourou ». Le suivi peut être assuré par la voie de la télésanté, d'appels téléphoniques, de visites à domicile et/ou de programmes de santé communautaires ou de programmes spéciaux à haut risque (s'ils existent déjà dans le pays), selon le contexte national.
- **Surveillance et amélioration continue de la qualité** : la prestation et l'adoption de la méthode devraient faire l'objet d'un suivi régulier afin d'assurer la responsabilisation et de promouvoir la prestation de soins « mère kangourou » efficaces dans le cadre d'initiatives d'amélioration continue de la qualité.

Mesure et suivi de la mise en œuvre de la méthode « mère kangourou »

Pour mettre en pratique l'indicateur de soins « mère kangourou » dans les systèmes sanitaires de routine, il est essentiel de s'assurer que les éléments de données appropriés sont inclus dans les dossiers patient, les registres et les feuilles de décompte de l'établissement ou de l'hôpital, afin que les données soient fiables et pleinement disponibles. Les documents de santé conservés à domicile sont nécessaires pour documenter la méthode « mère kangourou » dans la communauté.

Il est possible d'obtenir une couverture élevée de la méthode à l'échelle du district en utilisant des modèles de prestation de services adaptés au contexte, fondés sur un mécanisme permettant d'identifier les défis et de tester des solutions dans l'ensemble du continuum établissement-communauté (15). L'optimisation de la mise en œuvre nécessitera également des outils de planification et d'évaluation des coûts, notamment des plans d'étagé et d'autres aides au niveau du district.

Figure 4. Théorie du changement





7

Une mère prodiguant des soins « mère kangourou » dans l'unité de soins néonataux de l'hôpital pour femmes et enfants de Da Nang, Da Nang, Viet Nam.

La voie à suivre

Par la voie d'une intensification fructueuse à tous les niveaux de soins en établissement et dans la communauté, la mise en œuvre de la méthode « mère kangourou » est essentielle à la réalisation des objectifs de développement durable pour la survie, la santé et le bien-être des nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance, qu'ils soient en bonne santé ou malades. Sur la base des nouvelles données probantes en matière d'intensification réussie de la méthode dans les contextes programmatiques de plusieurs pays, complétées par la connaissance et l'expérience conjointes des parties prenantes à l'échelle mondiale, cette stratégie de mise en œuvre vise à dessiner les contours de la voie à suivre pour la couverture universelle de la méthode, en faveur de tous les nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance, qu'ils soient en bonne santé ou malades. Cette stratégie est destinée à inspirer une vision renouvelée selon laquelle les mères et les nourrissons sont maintenus et pris en charge ensemble dès la naissance, et où les parents et les familles jouent un rôle central dans les soins des nourrissons, ce qui, par conséquent, humanise les soins de santé (Figure 4).

Il a été démontré que la méthode « mère kangourou » constitue une intervention essentielle supérieure aux soins conventionnels liés aux couveuses/unités chauffantes, dans tous les contextes. Nous espérons que tous les pays, quels que soient leur niveau de revenu et la disponibilité de leurs ressources, adapteront cette stratégie au contexte de leur système de santé afin de tirer pleinement parti de l'impact de la méthode sur l'amélioration de la survie, de la santé et du bien-être des mères et des nourrissons prématurés ou de faible poids de naissance.



La méthode « mère kangourou » fournit des soins maternels et néonataux humanisés et rentables, et néanmoins de haute qualité, quelles que soient les insuffisances relatives aux technologies ou aux ressources. Grâce à la prise en charge des soins sur le plan physique et émotionnel, les mères améliorent à la fois leur propre santé et bien-être ainsi que ceux de leurs nourrissons (1).



Samuelsson, née presque 10 semaines avant terme, en position « kangourou » avec sa mère, au centre NIDCAP de Lund-Malmö, Stockholm.

Références bibliographiques

1. World Health Organization. (2015). *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/183037>).
2. World Health Organization. (2023). *Kangaroo mother care: a transformative innovation in health care: global position paper*. World Health Organization (<https://iris.who.int/handle/10665/367626>).
3. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2020). *Every newborn progress report 2019*. World Health Organization (<https://iris.who.int/handle/10665/368723>, consulté le 30 novembre 2022).
4. Torres LM, Mazia G, Guenther T, Valsangkar B, Wall S. Monitoring the implementation and scale-up of a life-saving intervention for preterm and small babies: facility-based kangaroo mother care. *J Glob Health*. 2021;11(14001):14001. doi:10.7189/jogh.11.14001.
5. Hailegebriel, Tedbabe Degefie, Bergh, Anne-Marie, Zaka, Nabila, Roh, Jung Min, Gohar, Fatima. et al. (2021). Improving the implementation of kangaroo mother care. *Bulletin of the World Health Organization*, 99 (1), 69- 71. World Health Organization. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.20.252361>.
6. Calibo AP, De Leon Mendosa S, Silvestre MA, Murray JCS, Li Z, Mannava P et al. Scaling up kangaroo mother care in the Philippines using policy, regulatory and systems reform to drive changes in birth practices. *BMJ Glob Health*. 2021;6(8):e006492. doi:10.1136/bmjgh-2021-006492.
7. Ehtesham Kabir, ANM, Afroze, Sharmin, Amin, Zubair, Biswas, Agnihotri, Lipi, Sabina Ashrafee. et al. (2022). Implementation research on kangaroo mother care, Bangladesh. *Bulletin of the World Health Organization*, 100 (1), 10 - 19. World Health Organization. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.20.284158>.
8. Improving availability and quality of routine data for newborns: Malawi's experience with KMC. Lilongwe: Save The Children Malawi; 2018 (<https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/improving-routine-data-for-newborns-malawi.pdf>, consulté le 8 décembre 2022).
9. Maternal and Child Survival Program, USAID. Kangaroo mother care in Malawi. Washington (DC): United States Agency for International Development; undated (www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/dlm_uploads/2019/01/Malawi-KAP-Summary-Sheet.pdf, consulté le 9 janvier 2023).
10. Nathalie Charpak (Kangaroo Foundation, Bogotá, Colombie). *KMC mapping in Colombia: an example of KMC diffusion at country scale*. Présentation lors de la treizième Conférence internationale sur la méthode « mère kangourou », Madrid, 21-22 novembre 2022.
11. Chan GJ, Valsangkar B, Kajeepeta S, Boundy EO, Wall S. What is kangaroo mother care? Systematic review of the literature. *J Glob Health*. 2016;6(1):010701. doi:10.7189/jogh.06.010701.
12. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2017(8):CD002771.
13. Bergh A-M, de Graft-Johnson J, Khadka N, Om'niabohs A, Udani R, Pratomo H et al. The three waves in implementation of facility-based kangaroo mother care: a multi-country case study from Asia. *BMC Int Health Hum Rights*. 2016;16(1):4. doi:10.1186/s12914-016-0080-4.
14. Berg A-M, Gupta S, Rao S. Programmatic implementation of kangaroo mother care: a systematic synthesis of grey literature. *medRxiv* [prépublication]. doi:10.1101/2023.04.05.23288153.
15. Mony PK, Tadele H, Gobezaayehu AG, Chan GJ, Kumar A, Mazumder S et al. Scaling up kangaroo mother care in Ethiopia and India: a multi-site implementation research study. *BMJ Glob Health*. 2021;6(9):e005905. doi:10.1136/bmjgh-2021-005905.
16. Bergman N, Talej M, Rao PN S, Gupta S. Health system intervention packages on improving coverage of kangaroo mother care for preterm or LBW infants: a mixed-methods systematic review. *medRxiv* [prépublication].

17. Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Recommandations de l'OMS Sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement*. Organisation mondiale de la Santé (<https://iris.who.int/handle/10665/339794>).
18. *Ending preventable newborn deaths and stillbirths by 2030: moving faster towards high-quality universal health coverage in 2020–2025*. New York: United Nations Children's Fund; 2020 (<https://www.unicef.org/reports/ending-preventable-newborn-deaths-stillbirths-quality-health-coverage-2020-2025>, consulté le 30 novembre 2022).
19. World Health Organization. (2019). *Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn*. World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326495>).
20. Strategic and Technical Advisory Group of Experts (STAGE). *Handbook on maternal, newborn, child, adolescent health & nutrition*. Geneva : World Health Organization; 2022 (<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/stage/stage-mncahn-handbook-final.pdf>, consulté le 26 avril 2023).
21. Lignes directrices de l'OMS pour la déclaration d'intérêts (experts de l'OMS). [Genève : Organisation mondiale de la Santé] ; non daté.
22. Sivanandan S, Sankar MJ. Kangaroo mother care for preterm or low birth weight infants: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Glob Health*. 2023 (sous presse).
23. Résolution A/RES/70/1 : Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Assemblée générale, 25 septembre 2015. New York (NY) : Nations Unies ; 2015 (https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_fr.pdf, consulté le 6 janvier 2023).
24. Crump C. An overview of adult health outcomes after preterm birth. *Early Hum Dev*. 2020;150:105187. doi:10.1016/j.earlhumdev.2020.105187.
25. Charpak N, Tessier R, Ruiz JG, Hernandez JT, Uriza F, Villegas J et al. Twenty-year follow-up of kangaroo mother care versus traditional care. *Pediatrics*. 2017;139(1):e20162063. doi:10.1542/peds.2016-2063.
26. Sacks E. Defining disrespect and abuse of newborns: a review of the evidence and an expanded typology of respectful maternity care. *Reprod Health*. 2017;14(1). doi:10.1186/s12978-017-0326-1.
27. Rao SPN, Minckas N, Medvedev MM, Gathara D, Y N P, Seifu Estifanos A et al. Small and sick newborn care during the COVID-19 pandemic: global survey and thematic analysis of healthcare providers' voices and experiences. *BMJ Glob Health*. 2021;6(3):e004347. doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004347.
28. Pathak, Barsha Gadapani, Sinha, Bireshwar, Sharma, Neeraj, Mazumder, Sarmila & Bhandari, Nita. (2023). Effects of kangaroo mother care on maternal and paternal health: systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 101 (6), 391 - 402G. World Health Organization. (<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.22.288977>).
29. Karimi FZ, Heidarian Miri H, Salehian M, Khadivzadeh T, Bakhshi M. The effect of mother-infant skin to skin contact after birth on third stage of labor: a systematic review and meta-analysis. *Iran J Public Health*. 2019;48(4):612–20. doi:10.18502/ijph.v48i4.982.
30. Al-Alaa H, Al-Najjar H, Fouly H. Assess the effectiveness of using kangaroo mother care on reducing postpartum bleeding among laboring women: a randomized control trial. *Women Health Care Issues*. 2021;4(6). doi:10.31579/2642-9756/092.
31. Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Normes destinées à améliorer la qualité des soins des nouveau-nés malades et de petit poids dans les établissements de santé*. Organisation mondiale de la Santé. (<https://iris.who.int/handle/10665/342994>).
32. Ruiz JG, Charpak N, Castillo M, Bernal A, Ríos J, Trujillo T et al. Latin American Clinical Epidemiology Network Series – Paper 4: Economic evaluation of kangaroo mother care: cost utility analysis of results from a randomized controlled trial conducted in Bogotá. *J Clin Epidemiol*. 2017;86:91–100. doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.10.007.

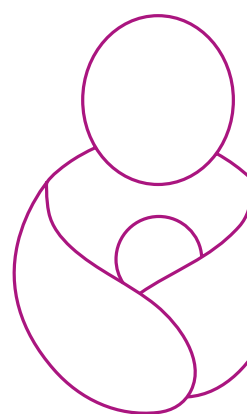
33. WHO KMC Scale Up Study Group. Incremental costs of scaling up kangaroo mother care: results from implementation research in Ethiopia and India. *Acta Paediatr.* 2022. doi:10.1111/apa.16490.
34. Ehtesham Kabir, ANM, Afroze, Sharmin, Amin, Zubair, Biswas, Agnihotri, Lipi, Sabina Ashrafee. et al. (2022). Implementation research on kangaroo mother care, Bangladesh. *Bulletin of the World Health Organization*, 100 (1), 10 - 19. World Health Organization. (<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.20.284158>).
35. Chavula K, Likomwa D, Valsangkar B, Luhanga R, Chimtembo L, Dube Q et al. Readiness of hospitals to provide kangaroo mother care (KMC) and documentation of KMC service delivery: analysis of Malawi 2014 Emergency Obstetric and Newborn Care (EmONC) survey data. *J Glob Health.* 2017;7(2):020802. doi:10.7189/jogh.07.020802.
36. Pallás-Alonso CR, Losacco V, Maraschini A, Greisen G, Pierrat V, Warren I et al. Parental involvement and kangaroo care in European neonatal intensive care units: a policy survey in eight countries. *Pediatr Crit Care Med.* 2012;13(5):568–77. doi:10.1097/PCC.0b013e3182417959.
37. Morales Betancourt P, López Maestro M, De la Cruz Bértolo J, Vázquez Roman S, Alonso Díaz C, Pallás Alonso C. What we talk about in NICUs when we talk about kangaroo care: a national survey in Spain [abstract]. 12e Conférence internationale sur la méthode « mère kangourou », Bogotá, Colombie ; 2018 (<https://fundacioncanguro.co/wp-content/uploads/2018/11/What-we-talk-about-in-NICUs-When-we-talk-about-Kangaroo-Care.-A-National-Survey-in-Spain.pdf>, consulté le 6 janvier 2023).
38. Artese C, Ferrari F, Perugi S, Cavicchioli P, Paterlini G, Mosca F et al. Surveying family access: kangaroo mother care and breastfeeding policies across NICUs in Italy. *Ital J Pediatr.* 2021;47(1):231. doi.org/10.1186/s13052-021-01164-8.
39. Weldearegay HG, Medhanyie AA, Abrha MW, Tadesse L, Tekle E, Yakob B et al. Quality of kangaroo mother care services in Ethiopia: implications for policy and practice. *PLoS One.* 2019;14(11):e0225258. doi:10.1371/journal.pone.0225258.
40. Kondwani Chavula. Improving availability, quality and use of routine data for newborns: Malawi's experience with kangaroo mother care. Présentation au 29^e Congrès de l'Association internationale de pédiatrie, Panama City, Panama, 21 mars 2019.
41. Vani SN, Banker D. Enablers and challenges of kangaroo mother care practices at different levels of newborn care services in India. Document préparé pour un groupe de travail, 11^e atelier et Congrès du réseau international de la méthode « mère kangourou », Trieste, Italie, 14-17 novembre 2016 (<https://fundacioncanguro.co/wp-content/uploads/2018/01/india.docx>, consulté le 9 janvier 2023).
42. MCH Dept., Ministry of Health, KMC team Viet Nam. Kangaroo mother care in Viet Nam: an overview for implementation and scaling up [résumé]. 11^e atelier et Congrès du réseau international de la méthode « mère kangourou », Trieste, Italie, 14-17 novembre 2016 (<https://fundacioncanguro.co/wp-content/uploads/2018/01/vietnam.docx>, consulté le 9 janvier 2023).
43. USAID Services de Santé à Grand Impact. Improving the health of mothers and newborns in Mali through integrated programming. Mali: United States Agency for International Development; Services de Santé à Grand Impact ; Save the Children; non daté (<https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/usaaid-services-de-sante-a-grand-impact-context-improving-the-health-of-mothers-and-newborns-in-mali-through-integrated-programming-1.pdf>), consulté le 16 janvier 2023).
44. Maternal and Child Survival Program, USAID. Updating Rwanda's health management information system (HMIS). Washington (DC): United States Agency for International Development; 2019 (https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00TX6Q.pdf, consulté le 9 janvier 2023).
45. Klemming S, Lilliesköld S, Westrup B. Mother-newborn couplet care from theory to practice to ensure zero separation for all newborns. *Acta Paediatr.* 2021;110(11):2951–7. doi:10.1111/apa.15997.
46. WHO Immediate KMC Study Group, Arya S, Naburi H, Kawaza K, Newton S, Anyabolu CH et al. Immediate “kangaroo mother care” and survival of infants with low birth weight. *N Engl J Med.* 2021;384(21):2028–38. doi:10.1056/NEJMoa2026486.
47. Cai Q, Chen D-Q, Wang H, Zhang Y, Yang R, Xu W-L et al. What influences the implementation of kangaroo mother care? An umbrella review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022;22(1):851. doi:10.1186/s12884-022-05163-3.
48. Mathias CT, Mianda S, Ohdihambo JN, Hlongwa M, Singo-Chipofya A, Ginindza TG. Facilitating factors and barriers to kangaroo mother care utilisation in low- and middle-income countries: a scoping review. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2021;13(1):e1–15. doi:10.4102/phcfm.v13i1.2856.

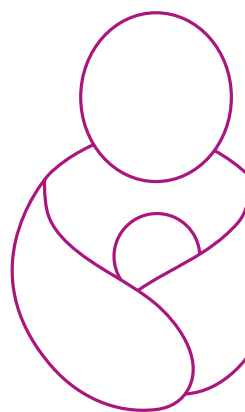
49. Seidman G, Unnikrishnan S, Kenny E, Myslinski S, Cairns-Smith S, Mulligan B et al. Barriers and enablers of kangaroo mother care practice: a systematic review. *PLoS One*. 2015;10(5):e0125643. doi:10.1371/journal.pone.0125643.
50. Kurniawati, Rustina Y, Budiati T. Peer support increases maternal confidence, kangaroo mother care implementation and weight gain in LBW infants. *Compr Child Adolesc Nurs*. 2019;42(sup1):252–60. doi:10.1080/24694193.2019.1594457.
51. Wubetu AD, Engidaw NA, Gizachew KD. Prevalence of postpartum depression and associated factors among postnatal care attendees in Debre Berhan, Ethiopia, 2018. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):189. doi:10.1186/s12884-020-02873-4.
52. Pradhananga P, Mali P, Poudel L, Gurung M. Prevalence of postpartum depression in a tertiary health care. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2020;58(223):137–40. doi:10.31729/jnma.4805.
53. Adeyemo EO, Oluwole EO, Kanma-Okafor OJ, Izuka OM, Odeyemi KA. Prevalence and predictors of postpartum depression among postnatal women in Lagos, Nigeria. *Afr Health Sci*. 2020;20(4):1943–54. doi:10.4314/ahs.v20i4.53.
54. Stefani G, Skopec M, Battersby C, Harris M. Why is kangaroo mother care not yet scaled in the UK? A systematic review and realist synthesis of a frugal innovation for newborn care. *BMJ Innov*. 2022;8(1):9–20. doi:10.1136/bmjinnov-2021-000828.
55. Contacts personnels avec des prestataires de santé qui pratiquent la méthode « mère kangourou » depuis longtemps : Helga Naburi, Muhimbili University of Health and Allied Sciences, Dar es Salaam, République-Unie de Tanzanie ; Harish Chellani, Safdarjung Hospital, Delhi, Inde ; Ebunoluwa Adejuyigbe, Obafemi Awolowo University, Ile-Ife, Nigéria.
56. World Health Organization. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. World Health Organization. (<https://iris.who.int/handle/10665/352658>).
57. Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Mémento de soins hospitaliers pédiatriques : prise en charge des affections courantes de l'enfance, 2e éd.* Organisation mondiale de la Santé. (<https://iris.who.int/handle/10665/187940>).
58. World Health Organization. (2022). *WHO recommendations on antenatal corticosteroids for improving preterm birth outcomes*. World Health Organization. (<https://iris.who.int/handle/10665/363131>).
59. World Health Organization. (2015). *WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health 2015*. World Health Organization. (<https://iris.who.int/handle/10665/172427>).
60. Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Stratégies en ressources humaines visant à améliorer la prestation des soins néonataux dans les établissements de santé des pays à revenu faible ou intermédiaire*. Organisation mondiale de la Santé. (<https://iris.who.int/handle/10665/345348>).
61. Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Recommandations de l'OMS : optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale*. Organisation mondiale de la Santé. (<https://iris.who.int/handle/10665/84202>).
62. Mazumder S, Taneja S, Dube B, Bhatia K, Ghosh R, Shekhar M et al. Effect of community-initiated kangaroo mother care on survival of infants with low birthweight: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2019;394(10210):1724–36. doi:10.1016/S0140-6736(19)32223-8.
63. Quasem I, Sloan NL, Chowdhury A, Ahmed S, Winikoff B, Chowdhury AMR. Adaptation of kangaroo mother care for community-based application. *J Perinatol*. 2003;23(8):646–51. doi.org/10.1038/sj.jp.7210999.
64. Dzakpasu S, Soremekun S, Manu A, Ten Asbroek G, Tawiah C, Hurt L et al. Impact of free delivery care on health facility delivery and insurance coverage in Ghana's Brong Ahafo Region. *PLoS One*. 2012;7(11):e49430. doi:10.1371/journal.pone.0049430.
65. Wiysonge CS, Paulsen E, Lewin S, Ciapponi A, Herrera CA, Opiyo N et al. Financial arrangements for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;9:CD011084.
66. Qin VM, Hone T, Millett C, Moreno-Serra R, McPake B, Atun R et al. The impact of user charges on health outcomes in low-income and middle-income countries: a systematic review. *BMJ Glob Health*. 2018;3(Suppl 3):e001087. doi:10.1136/bmjgh-2018-001087.
67. Tegegne TK, Chojenta C, Loxton D, Smith R, Kibret KT. The impact of geographic access on institutional delivery care use in low and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2018;13(8):e0203130. doi:10.1371/journal.pone.0203130.

68. Ouma PO, Malla L, Wachira BW, Kiarie H, Mumo J, Snow RW et al. Geospatial mapping of timely access to inpatient neonatal care and its relationship to neonatal mortality in Kenya. *PLOS Glob Public Health*. 2022;2(6):e0000216. doi:10.1371/journal.pgph.0000216.
69. Karra M, Fink G, Canning D. Facility distance and child mortality: a multi-country study of health facility access, service utilization, and child health outcomes. *Int J Epidemiol*. 2017;46(3):817–26. doi:10.1093/ije/dyw062.
70. Schleiff M, Kumapley R, Freeman PA, Gupta S, Rassekh BM, Perry HB. Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 5. Equity effects for neonates and children. *J Glob Health*. 2017;7(1):010905. doi:10.7189/jogh.07.010905.
71. Ahmed S, Chase LE, Wagnild J, Akhter N, Sturridge S, Clarke A et al. Community health workers and health equity in low- and middle-income countries: systematic review and recommendations for policy and practice. *Int J Equity Health*. 2022;21(1):49. doi:10.1186/s12939-021-01615-y.
72. Palazuelos D, Farmer PE, Mukherjee J. Community health and equity of outcomes: the Partners In Health experience. *Lancet Glob Health*. 2018;6(5):e491–3. doi:10.1016/S2214-109X(18)30073-1.
73. Ramos AP, Flores MJ, Weiss RE. Leave no child behind: using data from 1.7 million children from 67 developing countries to measure inequality within and between groups of births and to identify left behind populations. *PLoS One*. 2020;15(10):e0238847. doi:10.1371/journal.pone.0238847.
74. *Feuille de route pour accélérer le progrès pour chaque nouveau-né dans les situations de crise humanitaire 2020–2024*. Washington (DC), Genève et New York : Save the Children ; Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés ; Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/SaveTheChildren-Global-NBH-ProductionMAR2020V6-FR.pdf>, consulté le 6 janvier 2023).
75. *Manuel de terrain du groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*. New York : Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire (IAWG) ; 2018 (<https://iawg.wpengine.com/wp-content/uploads/2019/07/IAFM-French.pdf>, consulté le 6 janvier 2023).
76. *Le manuel Sphère : la Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire, quatrième édition*, Genève : Association Sphère ; 2018 (<https://spherestandards.org/handbook/editions/>, consulté le 6 janvier 2023).
77. Munyuzangabo M, Gaffey MF, Khalifa DS, Als D, Atallahjan A, Kamali M et al. Delivering maternal and neonatal health interventions in conflict settings: a systematic review. *BMJ Glob Health*. 2021;5(Suppl 1):e003750. doi:10.1136/bmjgh-2020-003750.
78. Committee on the Learning Health Care System in America; Institute of Medicine; Smith M, Saunders R, Stuckhardt L et al., editors. 7, Engaging patients, families, and communities. In: Best care at lower cost: the path to continuously learning health care in America. Washington (DC): National Academies Press (US); 2013 (www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207234/, consulté le 6 janvier 2023).
79. Jadaun AS, Dalpath SK, Trikha S, Upadhyay RP, Bhandari N, Punia JS et al. Government-led initiative increased the effective use of kangaroo mother care in a region of north India. *Acta Paediatr*. 2022. doi:10.1111/apa.16376.
80. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. (2020). *Impact of Covid-19 on SRMNCAH services, regional strategies, solutions and innovations: a comprehensive report*. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. (<https://iris.who.int/handle/10665/338482>).
81. Joudyian N, Doshmangir L, Mahdavi M, Tabrizi JS, Gordeev VS. Public-private partnerships in primary health care: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):4. doi:10.1186/s12913-020-05979-9.
82. Masotti P, Rivoire E, Rowe W, Dahl M, Plain E. Collaborative partnerships: managing increased healthcare demand without increasing overall system capacity. *Healthc Q*. 2006;9(2):72–6. doi:10.12927/hcq.18106.
83. Kokorelias KM, Gignac MAM, Naglie G, Cameron JI. Towards a universal model of family centered care: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):564. doi:10.1186/s12913-019-4394-5.

84. Hendricks-Muñoz KD, Li Y, Kim YS, Prendergast CC, Mayers R, Louie M. Maternal and neonatal nurse perceived value of kangaroo mother care and maternal care partnership in the neonatal intensive care unit. *Am J Perinatol*. 2013;30(10):875–80. doi:10.1055/s-0033-1333675.
85. Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten key principles for successful health systems integration. *Healthc Q*. 2009;13 Spec No:16–23. doi:10.12927/hcq.2009.21092.
86. Nicholson C, Jackson C, Marley J. A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world – results of a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:528. doi:10.1186/1472-6963-13-528.
87. Jackson D, Shahabuddin ASM, Sharkey AB, Källander K, Muñiz M, Mwamba R et al. Closing the know-do gap for child health: UNICEF’s experiences from embedding implementation research in child health and nutrition programming. *Implement Sci Commun*. 2021;2(1):112. doi:10.1186/s43058-021-00207-9.
88. Sheikh K, Hargreaves J, Khan M, Mounier-Jack S. Implementation research in LMICs – evolution through innovation. *Health Policy Plan*. 2020;35(Supplement_2):iii1–3. doi:10.1093/heapol/czaa118.
89. Theobald S, Brandes N, Gyapong M, El-Saharty S, Proctor E, Diaz T et al. Implementation research: new imperatives and opportunities in global health. *Lancet*. 2018;392(10160):2214–28. doi:10.1016/s0140-6736(18)32205-0.
90. Korper AK, Patrício L, Holmlid S, Witell L. Service design as an innovation approach in technology startups: a longitudinal multiple case study. *Creat Innov Manag*. 2020;29(2):303–23. doi:10.1111/caim.12383.
91. Patrício L, Grenha Teixeira J, Vink J. A service design approach to healthcare innovation: from decision-making to sense-making and institutional change. *AMS Rev*. 2019;9(1–2):115–20. doi:10.1007/s13162-019-00138-8.
92. *The Z benefits for premature and small newborns*. Pasig City: Philippines Insurance Corporation; 2017 (Philhealth circular No. 2017-0009; www.philhealth.gov.ph/circulars/2017/circ2017-0009.pdf, consulté le 6 janvier 2023).
93. Cameroon Ministry of Public Health, Global Financing Facility for Women, Children and Adolescents (GFF), Grand Challenges Canada, Nutrition International, Fondation Kangourou Cameroun. Cameroon KMC Development Impact Bond 2018–2021. End of programme report. September 2021 (www.grandchallenges.ca/wp-content/uploads/2021/09/Cameroon-KMC-Development-Impact-Bond-Report-%E2%80%94-EN.pdf, consulté le 20 décembre 2022).
94. *Launching Saving Little Lives*. Dans : Laerdal Global Health [site Web]. Stavanger, Norway; non daté (<https://laerdalglobalhealth.com/Resources/news/launching-saving-little-lives/>, consulté le 20 décembre 2022).
95. McFadden A, Siebelt L, Marshall JL, Gavine A, Girard L-C, Symon A et al. Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J*. 2019;14(1):42. doi:10.1186/s13006-019-0235-8.
96. Salim N, Shabani J, Peven K, Rahman QS-U, Kc A, Shamba D et al. Kangaroo mother care: EN-BIRTH multi-country validation study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(Suppl 1):231. doi:10.1186/s12884-020-03423-8.
97. Allisyn Moran, Cheffe d’unité, UHL/MCA/MAH, OMS, contact personnel.
98. Moxon SG, Ruysen H, Kerber KJ, Amouzou A, Fournier S, Grove J et al. Count every newborn; a measurement improvement roadmap for coverage data. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15 Suppl 2(S2):S8. doi:10.1186/1471-2393-15-S2-S8.
99. Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Mesurer la disponibilité et la capacité opérationnelle des services (SARA) : un outil d’évaluation des établissements de santé : manuel de référence, version 2.2, Révision Juillet 2015*. Organisation mondiale de la Santé. (<https://iris.who.int/handle/10665/149026>, consulté le 17 janvier 2023).
100. Dimension 1. General service availability. In: HHFA indicator inventory, version 2 [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (<https://indicator-inventory.hhfa.online/>, consulté le 17 janvier 2023).
101. Service provision assessment survey: inventory questionnaire. The DHS Program ; 2022 (https://dhsprogram.com/pubs/pdf/SPAQ8/SPA_Combined_QRE_EN_20April2022.pdf, consulté le 17 janvier 2023).

102. Harmonized health facility assessment (HHFA) combine questionnaire (availability and readiness): core questions only. Geneva: World Health Organization; 2022 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-health-data-platform/hhfa/hhfa-questionnaire-combined_a-r_core_30.10.2022.pdf, consulté le 17 janvier 2023).
103. Guenther T, Moxon S, Valsangkar B, Wetzel G, Ruiz J, Kerber K et al. Consensus-based approach to develop a measurement framework and identify a core set of indicators to track implementation and progress towards effective coverage of facility-based kangaroo mother care. *J Glob Health*. 2017;7(2):020801. doi:10.7189/jogh.07.020801.
104. Alaofo H, Lott B, Kimaru L, Okusanya B, Okechukwu A, Chebet J et al. Emergency transportation interventions for reducing adverse pregnancy outcomes in low- and middle-income countries: a systematic review. *Ann Glob Health*. 2020;86(1):147. doi:10.5334/aogh.2934.
105. uddin Mian N, Malik MZ, Iqbal S, Alvi MA, Memon Z, Chaudhry MA et al. Determining the potential scalability of transport interventions for improving maternal, child, and newborn health in Pakistan. *Health Res Policy Syst*. 2015;13 Suppl 1(S1):57. doi:10.1186/s12961-015-0044-5.
106. Onono MA, Wahome S, Wekesa P, Adhu CK, Waguma LW, Serem T et al. Effects of an expanded Uber-like transport system on access to and use of maternal and newborn health services: findings of a prospective cohort study in Homa Bay, Kenya. *BMJ Glob Health*. 2019;4(3):e001254. doi:10.1136/bmjgh-2018-001254.
107. Shibanuma A, Ansah EK, Kikuchi K, Yeji F, Okawa S, Tawiah C et al. Evaluation of a package of continuum of care interventions for improved maternal, newborn, and child health outcomes and service coverage in Ghana: a cluster-randomized trial. *PLoS Med*. 2021;18(6):e1003663. doi:10.1371/journal.pmed.1003663.
108. Okawa S, Gyapong M, Leslie H, Shibanuma A, Kikuchi K, Yeji F et al. Effect of continuum-of-care intervention package on improving contacts and quality of maternal and newborn healthcare in Ghana: a cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2019;9(9):e025347. doi:10.1136/bmjopen-2018-025347.
109. Cattaneo A, Amani A, Charpak N, De Leon-Mendoza S, Moxon S, Nimbalkar S et al. Report on an international workshop on kangaroo mother care: lessons learned and a vision for the future. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1). doi:10.1186/s12884-018-1819-9.





Pour de plus amples informations, veuillez vous adresser à :

Organisation mondiale de la Santé

20 avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et vieillissement

Adresse électronique : mncah@who.int
Site Web : www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/

978-92-4-008936-5



9 789240 089365