



L'initialisation immédiate de la technique de la mère Kangourou (KMC) améliore la survie des nouveau-nés de faible poids à la naissance (FPN)



**World Health
Organization**

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

Groupe d'étude de l'OMS sur l'initialisation immédiate de la KMC

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ COORDINATION ET SOUTIEN TECHNIQUE

Rajiv Bahl*

Suman Rao*

Sachiyo Yoshida

Nicole Minckas

GHANA, KUMASI:

Sam Newton*

Gyikua Plange-Rhule*

Roderick Larsen-Reindorf

TANZANIE, DAR ES SALAAM:

Augustine Massawe*

Helga Naburi*

Matilda Ngarina

INDIE, DELHI:

Harish Chellani*

Sugandha Arya*

Pratima Mittal

Nitya Wadhwa

MALAWI, BLANTYRE:

Kondwani Kawaza*

Queen Dube*

Luis Gadama

NIGERIA, ILE-IFE:

Ebunoluwa Adejuyigbe*

Oluwafemi Kuti*

Chineme Henry Anyabolu

SUÈDE ET NORVÈGE

APPUI AUX INTERVENTIONS

:Bjorn Westrup*

Nils Bergman*

Siren Rettedal

Agnes Linnér

* Coordinateurs de l'étude/
Chercheurs principaux

La charge mondiale des nouveau-nés présentant un faible poids à la naissance (FPN)

- ▶ Chaque année **20 millions** (~15% de toutes les naissances) de nouveau-nés présentent un FPN
- ▶ **>95%** se trouvent dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (PRI TI)
- ▶ Représentent **70-80%** de tous les décès néonataux
- ▶ Les nouveau-nés de FPN présentent également un risque accru de **retard de croissance précoce** et de **retard de développement**.



Technique de la mère Kangourou – recommandations actuelles de l'OMS



La KMC est recommandée dans les formations sanitaires pour les soins de routine des nouveau-nés pesant **2000g ou moins à la naissance.**



De brèves séances de KMC devraient être initiées lorsque l'état clinique commence à se **stabiliser.**



Lorsque **l'état clinique a été stabilisé**, la **KMC** devrait être appliquée **de façon continue**, autant que possible.

40% de réduction de la mortalité néonatale

65% de réduction de la septicémie

58% de réduction des réadmissions à l'hôpital dans la petite enfance

72% de réduction de l'hypothermie

Amélioration de l'allaitement exclusif à 1 ou 2 mois

88% de réduction d'hypoglycémie

Amélioration de la prise de poids, de la longueur et du périmètre crânien

Logique de l'essai de l'initialisation immédiate de la KMC

1

Études incluses dans la revue Cochrane sur la mortalité : âge moyen de randomisation **~3 jours** (varie entre 10 h et 24,5j)

2

Environ la moitié des décès prématurés surviennent dans les premières 24 heures, **plus des trois quarts** dans la première semaine.

3

Par conséquent, la majorité des décès prématurés surviennent avant que la KMC puisse être initiée conformément aux directives actuelles.



Question de recherche

Comparée aux directives actuelles, la KMC continue initiée immédiatement après la naissance (initialisation immédiate de la KMC) améliore-t-elle la survie des nouveau-nés ?

KMC avant la stabilisation

Deux petites études menées au Viêt Nam et en Afrique du Sud ont montré que le contact peau à peau initié immédiatement après la naissance constitue une pratique sûre qui aide les bébés de FPN à se stabiliser plus rapidement.

ACTA PÆDIATRICA
NURTURING THE CHILD

Acta Pædiatrica ISSN 0803-5253

REGULAR ARTICLE

Newly born low birthweight infants stabilise better in skin-to-skin contact than when separated from their mothers: a randomised controlled trial

Kim Chi Luong¹, Tien Long Nguyen^{1,2}, Duy Huong Huynh Thi², Henri P.O. Carrara³, Nils J. Bergman (nils@kangaroomothercare.com)^{4,5}

1.Tu Du Hospital, Ho Chi Minh City, Vietnam

2.University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City (UMPH), Ho Chi Minh City, Vietnam

3.School of Public Health and Family Medicine, University of Cape Town, Cape Town, Western Cape, South Africa

4.Department of Human Biology, University of Cape Town, Cape Town, Western Cape, South Africa

5.Department of Paediatrics and Child Health, University of Cape Town, Cape Town, Western Cape, South Africa

Acta Pædiatr 93: 779–785. 2004

Taylor & Francis
healthsciences

Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to 2199-gram newborns

NJ Bergman¹, LL Linley^{1,2} and SR Fawcus^{1,3}

Mowbray Maternity Hospital¹, Mowbray; School of Child and Adolescent Health² and Department of Obstetrics and Gynecology³, University of Cape Town, Cape Town, South Africa



Conception de l'étude sur l'initialisation immédiate de la KMC



Essai randomisé
contrôlé



Plusieurs pays, plusieurs établissements.
Hôpitaux de référence au Ghana, en Inde,
au Malawi, au Nigeria et en Tanzanie.



Population
Mères et bébés, si
poids de naissance
varie de 1,0 à <1,8
kg



Intervention*
KMC initiée dès que
possible après la
naissance, par la mère
ou la mère porteuse.



Contrôle *
La KMC est
seulement initiée
après que le bébé
ait été stabilisé

*Les deux groupes ont reçu le paquet minimum de l'OMS pour les petits bébés

Étude sur l'initialisation immédiate de la KMC

Groupe d'intervention (n=1609)



Dès que possible après la naissance : la KMC continue dans l'unité de soins intensifs pour mères et nouveau-nés (USIN-M)



Durant tout le séjour dans l'USIN-M: KMC en continu



Bébé en état stable:
Transféré au service de la KMC -
KMC en continu dans le service KMC

Groupe de contrôle (n=1602)



Après la naissance, le bébé reçoit des soins dans un réchauffeur ou une couveuse dans l'USIN



En USIN : après que le bébé commence à récupérer, de brèves séances de KMC



Bébé en état stable:
Transféré au service de la KMC -
KMC en continu dans le service KMC

Critères d'éligibilité

CRITÈRES D'INCLUSION :



Naissance vivante avec un poids de naissance compris entre 1,0 et <1,8 kg

Même s'il s'agit de:

- 1) Jumeaux (les deux bébés sont affectés au même groupe)
- 2) Bébé né par césarienne

CRITÈRES D'EXCLUSION :

- Mère incapable de donner son consentement
- Complications maternelles graves devant certainement empêcher la pratique du peau à peau pendant les trois premiers jours (par exemple, l'éclampsie, le choc, une opération majeure).
- Triplés et quadruplés
- Nouveau-nés incapables de respirer spontanément dans l'heure qui suit.
- Malformation congénitale qui interfère avec l'intervention, ou l'intervention interfère avec les soins requis.
- Lieu de résidence en dehors de la zone d'étude (défini de manière à rendre possible un suivi de 28 jours)



Intervention

Trois composantes :

1

Pratique continue du peau à peau avec la mère ou la mère porteuse, commençant dans les 2 heures suivant la naissance, en visant > 20 heures/jour.

2

Conseils et soutien pour une alimentation exclusive au lait maternel / l'allaitement maternel.

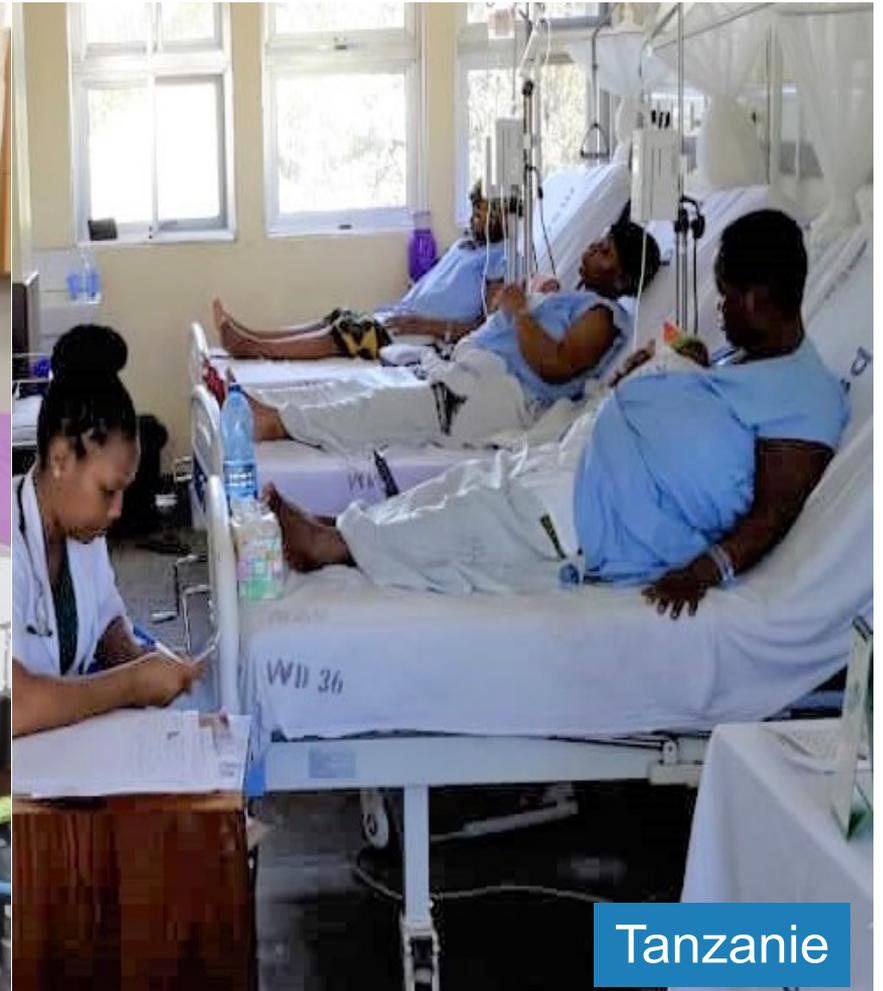
3

Fourniture des soins médicaux nécessaires à la mère et au bébé pratiquant le peau à peau sans séparation, autant que possible.

Unité de soins intensifs pour les nouvelles mères et les nouveau-nés



Inde



Tanzanie

Une partie de l'USIN a été transformée en unité de soins intensifs pour mères et nouveau-nés (USIN-M)



Malawi



Ghana

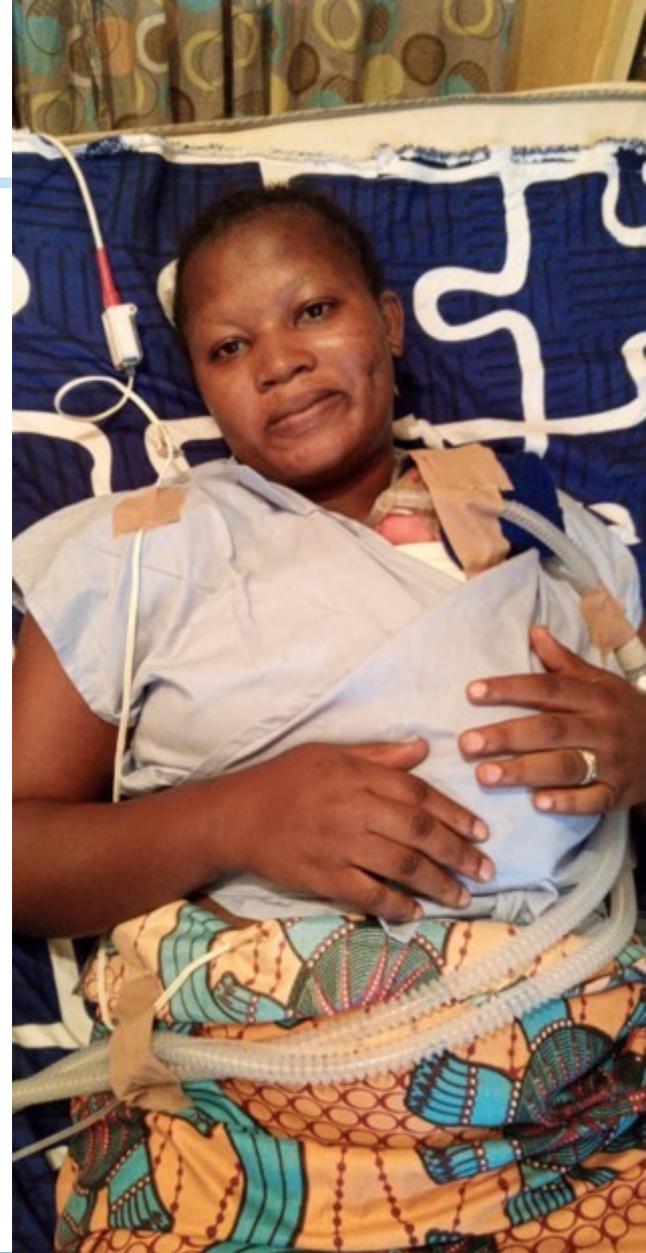


Nigeria

Fourniture d'une assistance respiratoire avec la KMC.



Durée moyenne de la KMC
17 heures/jour



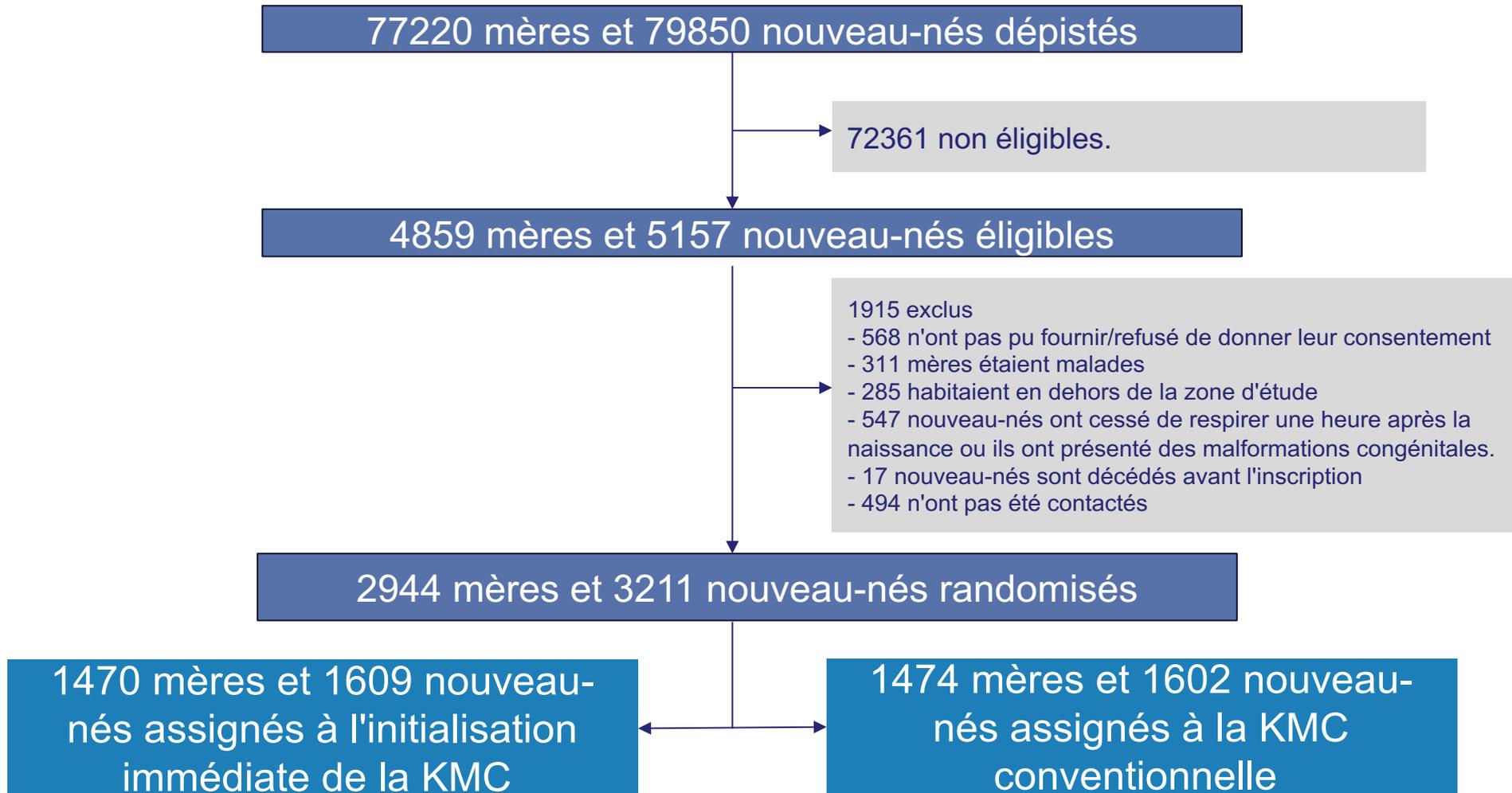
World Health
Organization

Groupe de contrôle : KMC suite à la stabilisation.

KMC continue initiée après que le bébé ait été stabilisé et transféré hors de l'USIN.



Résultats de l'étude sur l'initialisation immédiate de la KMC: organigramme des participants



Caractéristiques des nouveau-nés inscrits

| | Initialisation immédiate de la KMC | Contrôle |
|---|--|------------|
| | N=1609 | N=1602 |
| Âge au moment de la randomisation en minutes (médian, IQR) | 35 (20,55) | 33 (20,54) |
| Poids de naissance en kg, moyenne (écart-type) | 1.5 (0.2) | 1.5 (0.2) |
| Âge gestationnel à la naissance, moyenne (écart-type)*¥ | 32.6 (3.0) | 32.6 (2.8) |
| Mâle, n (%) | 752 (46.7) | 748 (46.7) |
| Nouveau-nés jumeaux, n (%) | 430 (26.7) | 430 (26.8) |
| Accouchement par césarienne, n (%) | 559 (34.7) | 614 (38.3) |
| Détresse respiratoire dans les 7 premiers jours de vie, n(%) | 691 (43.3) | 705 (44.0) |

Résultats primaires et secondaires clés

| Résultat | Intervention (N=1609) | Contrôle (N=1602) | Rapport de risque, rapport de danger ou différence (95 % CI) | Valeur P |
|---|--------------------------|----------------------|--|----------|
| Primaire | | | | |
| Décès entre l'inscription et les 28 jours - nb./nb. total (%) | 191/1596 (12.0) | 249/1587 (15.7) | 0.75 (0.64–0.89) | 0.001 |
| Décès entre l'inscription et 72 heures après la naissance - nb./nb. total (%) | 74/1606 (4.6) | 92/1599 (5.8) | 0.77 (0.58–1.04) | 0.09 |
| Secondaire | | | | |
| Hypothermie - nb./nb total (%) § | 90/1609 (5.6) | 133/1602 (8.3) | 0.65 (0.51–0.83) | |
| Septicémie présumée - nb/nb total (%) | 361/1575 (22.9) | 434/1561 (27.8) | 0.82 (0.73–0.93) | |

Autres résultats secondaires

| Résultat | Intervention (N=1609) | Contrôle (N=1602) | Rapport de risque, rapport de danger ou différence (95 % CI) |
|---|--------------------------|----------------------|--|
| Secondaire | | | |
| Allaitement exclusif à la fin de la période néonatale - nb./nb. total (%) | 1208/1401 (86.2) | 1140/1336 (85.3) | 1.01 (0.98–1.05) |
| Allaitement complet (c'est-à-dire par succion) à la sortie de l'hôpital - nb/nb total (%) | 62/1435 (4.3) | 55/1376 (4.0) | 1.06 (0.73–1.53) |
| Temps médian de stabilisation clinique — hr (IQR)¶ | 73.8 (26.8–138.5) | 74.8 (25.3–140.6) | 0.98 (0.90–1.07)¶ |
| Hypoglycémie à tout moment entre 0 et 36 heures après la naissance – nb/nb total (%)†† | 82/799 (10.3) | 66/651 (10.1) | 1.15 (0.85–1.56) |
| Durée moyenne du séjour à l'hôpital - jours ‡‡ | 14.9±0.2 | 15.2±0.2 | 1.07 (0.99–1.16)¶ |
| Score moyen de satisfaction maternelle ¶¶ | 9.2±1.0 | 9.1±1.2 | 0.11 (0.03–0.19)¶¶ |
| Dépression maternelle - nb/nb total (%) | 2/1276 (0.2) | 7/1231 (0.6) | 0.23 (0.05–1.14) |

¶ Rapport de risque ¶¶ Différence moyenne

Indicateurs supplémentaires sur l'allaitement

| Résultat | Intervention (n=1609) | Contrôle (n=1602) | RR (95% CI) |
|---|--------------------------|----------------------|-------------------|
| Initialisation de l'alimentation au lait maternel dans les 24 heures, n (%) | 941 (58.5%) | 729 (45.5%) | 1.29 (1.20–1.37) |
| Nouveau-né mis au sein avant l'âge de 72 heures, n (%) | 1108 (68.9%) | 832 (51.9%) | 1.32 (1.24–1.41) |
| Âge du nouveau-né mis au sein pour la première fois en heures, médian (IQR) | 41 (21–83) | 66 (36–138) | 1.50 (1.40–1.62)* |
| Alimentation complète au lait maternel dans les 7 jours, n (%) | 1261 (78.4%) | 1105 (69.0%) | 1.14 (1.09–1.19) |
| Sortie avec alimentation exclusive au lait maternel** n (%) | 1208 (93.1%) | 1067 (88.7%) | 1.05 (1.02–1.08) |

* Rapport de risque

** Uniquement parmi les nouveai-nés sortis de l'hôpital (intervention -1298 ; contrôle- 1203)

Mortalité par cause spécifique

| Cause du décès | Intervention n= 1596 | Contrôle n= 1587 | RR (95% CI) |
|--|-------------------------|---------------------|------------------|
| Septicémie, n(%) | 70 (4.4%) | 109 (6.9%) | 0.64 (0.48–0.86) |
| Complications de naissance prématurée*, n (%) | 79 (4.9%) | 83 (5.2%) | 0.95 (0.70–1.28) |
| Asphyxie périnatale, n (%) | 12 (0.8%) | 18 (1.1%) | 0.66 (0.32–1.37) |
| Malformation congénitale, n (%) | 10 (0.6%) | 10 (0.6%) | 0.99 (0.42–2.38) |
| Autre cause spécifique, n (%) | 4 (0.3%) | 5 (0.3%) | 0.80 (0.21–2.96) |
| Mort subite, n (%) | 16 (1.0%) | 20 (1.3%) | 0.80 (0.41–1.53) |
| Indéterminée, n (%) | 0 | 4 (0.3%) | - |

Unité de soins intensifs pour mères et nouveau-nés

RÉCHAUFFEUR

PROVISION POUR LA FIV, L'OXYGÈNE

LIT POUR ADULTE AVEC UN
SUPPORT DORSAL
AJUSTABLE

MONITEUR



CPAP

- Espace d'hygiène des mains
- Garde-manger
- Espace de lavage
- Contrôle des infections

Implications : changements de systèmes

POLITIQUE

permettant à la mère et à la mère porteuse d'être présentes dans l'USIN 24/7

USIN-M

pour permettre à la mère et au bébé de rester ensemble dès la naissance, sans être séparés.

Révolutionner la façon dont les soins intensifs néonataux sont actuellement pratiqués.



Conclusions

1

L'initialisation immédiate de la KMC pour les nouveau-nés pesant entre 1,0 et <1,8 kg **réduit significativement le risque de décès néonatal de 25 %.**

2

L'initialisation immédiate de la KMC pour tous les 27 bébés permet de sauver une vie, ce qui représente **150 000 vies dans le monde chaque année.**

3

L'USIN-M représente un changement de paradigme dans la prise en charge des nouveau-nés de faible poids à la naissance.



Merci!



**World Health
Organization**

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