



## LOUANGE

*L'Éternel est ma lumière et mon salut de qui aurais-je crainte ?*

*L'Éternel est la solution de ma vie de qui aurais-je peur ?*

*Quand les méchants s'avancent contre moi, pour dévorer ma chair, ce sont mes persécuteurs et mes ennemis qui chancellent et tombent.*

*Si une guerre s'élevait contre moi, je serais malgré cela plein de confiance.*

Psaume 27 : 1-3

**DEDICACE**

*A papa LUBAMBA NKITUVIDI et maman MUZITU MUKANU pour qui ce travail constitue le fruit de sacrifices consentis en mon endroit.*

*A mon oncle ANACLET-MVULA MALEMBE, maman Clémentine, vieux BABUSA PAPY et sa femme MADO, vieux Steve KASONGO, Yanick MATUKA à ma fille BENEDITTE LUBAMBA pour votre contribution efficace durant mon parcours universitaire et votre soutien moral, spirituel et financière.*

*A mes chers amis et amies du groupe d'étude la foi: MBWA MUSA, MUTOMBO KATENDE, MPUTU BEYA, NKANA NZENGU sans oublié mon frère propre Ignace MBUMBA SALAVITA qui on a souffert ensemble durant notre parcours universitaire.*

*A la famille KABEMBA Eugène, maman Annie, KABEMBA Jonathan, KABEMBA Jacques, KABEMBA Sarah, KABEMBA Marceline et KABEMBA Elie y comprise la famille BABUSA Papy: BABUSA Gladice, BABUSA Ramène, BABUSA Joyeux pour l'effort que vous aviez fournis durant mon parcourt universitaire pour la réalisation de ce travail.*

## REMERCIEMENTS

*Au terme de notre cycle de graduat en sciences infirmeries à l'Institut Supérieurs techniques médicales de Kinshasa (ISTM/KINSHASA) nous disons que le parcours a été réellement difficile.*

*C'est ainsi, nous saisissons cette occasion pour exprimer notre gratitude aux différentes personnalités tant morales que physiques qui ont contribues pour la réalisation de ce présent travail.*

*Nos remerciements premièrement à l'Eternel notre Dieu, maître de temps et de circonstances pour sa protection durant notre parcours universitaires*

*Nous remercions toutes les autorités académiques et le corps professoral et administratif de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa en général et les enseignants de la section de sciences infirmiers et les particuliers dont nous sommes bénéficiaires.*

*Nos remerciements s'adressent également à CT. Placide KAMBANJI, le directeur de ce travail qui en dépit de ses multiples occupations à accepter de bien vouloir diriger ce travail.*

*Nous remercions les personnes ci-après : Oncle Anaclet MVULA MALEMBE, Maman Clémentine, Vieux Steve KASONGO et Vieux Papy BABUSA pour leur contribution financière et morale.*

## LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET SYMBOLES

1. *Ed* : édition
2. *F.A* : Fréquence attendue »
3. *F.O* : Fréquence observée
4. *CUK* : Clinique Universitaire de Kinshasa
5. *Op.cit* : Déjà cité
6. *n* : taille de l'échantillon
7. *OMS* : Organisation Mondiale de la Santé
8. *S.I* : Science infirmiers
9. *UNICEF* : Fonds des nations unies pour l'enfance
10. *Cm* : centimètre
11. *g* : gramme
12. *Pc* : périmètre crânien
13. *ISTM/KIN*: Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa

## CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE

### 1.1. Enoncé

Au cours des dernières années, les nouvelles techniques de la médecine mises au service de la néonatalogie ont contribué à la survie d'un nombre toujours plus important de prématurés dans des conditions parfaites, malgré tout, la prématurité continue d'être une des causes la plus importante de mortalité durant le premier mois de vie ; or la méthode de kangourou coûte moins et donne des bons résultats ce pourquoi la participation active des mères reste capitale.

Selon OMS (2007), chaque année on compte au moins 20 millions de nouveau nés de faibles poids à la naissance, nés avant terme ou ont des déficiences de croissance prénatale surtout dans les pays en voie de développement. Ils contribuent considérablement au taux élevé de la mortalité néonatale dont la fréquence et la répartition géographique correspondent à celle de la pauvreté.

Il est à noter que les prématurés et les nouveaux nés de faibles poids représentent un cinquième (1/5) du total des cas de mortalité néonatale, estimé à 4 millions. Ainsi, les soins qui requièrent ces nouveau-nés deviennent par conséquent un fardeau pour les systèmes de santés et les systèmes sociaux partout dans le monde.

OMS (2002), signale que la naissance prématurée d'un enfant dans un pays en voie de développement n'est pas de très

bon augure, cependant une nouvelle opportunité est née grâce à la méthode de kangourou qui consiste à placer le nouveau né prématuré 24 heures sur 24 heures (24/24) contre la peau de sa mère pour terminer sa maturité.

La méthode a depuis longtemps montré ses bienfaits sans parler de l'économie pour la famille. Ces mêmes documents montrent, qu'en Colombie deux (2) études statistiques ont été menées de 1979 à 1987. la première réalisée entre 1979 et 1986, montre que le taux de mortalité de 1654 prématurés ayant suivi le programme, dont méthode de kangourou est 30% de la mortalité et sans méthode de kangourou, le taux de la mortalité est de 60%.

La seconde étude effectuée de 1987 à 1989, sur 30 prématurés de moins de 1000g à la naissance, montre que 21 soit 70% ont survie suite à la méthode kangourou.

Une telle expérience est à encourager pour tenter de réduire le taux de la mortalité, car cette méthode est très importante elle a permis au bébé d'être à proximité de sa maman et surtout qu'elle ne demande pas de gros investissements.

En France, on fait des évaluations scientifiques sur 600 enfants en couveuse et en kangourou, les infections régressent chez le bébé prématuré en kangourou, leur soin est meilleur et le temps d'hospitalisation diminue.

En fin on note que dans les deux cas la mortalité est identique.

En Mozambique et Zimbabwe, les études menées relèvent que les femmes se plaignent des contraintes engendrées par l'application de la méthode de kangourou.

En Asie, c'est là où le taux de prématurés est plus important, les équipes médicales adoptent rapidement la méthode de kangourou.

D'après CHAKPAK et CALUME (1996) beaucoup de pays en voie de développement n'ont pas des structures de néonatalogie classique jugées nécessaires pour la prise en charge des nouveau-nés fragiles. Partout les prématurés les enfants de faibles poids à la naissance sont nombreux et beaucoup d'entre eux peuvent survivre sans séquelles aux prix d'une attention spécifique. Les pédiatres de Colombie ont montré, depuis plus de vingt ans qu'il était possible de prendre en charge ces enfants de structure habituelles de néonatalogie. Ils ont peu à peu défini les moyens de répondre exactement aux besoins de ces enfants en y faisant participer la maman pour l'application de la méthode de kangourou.

L'OMS(2003), montre que la méthode kangourou qui consiste à placer un enfant prématuré sur le ventre de sa mère 24 heures sur 24 heures, peau contre peau, plutôt que de la laisser à l'hôpital dans une couveuse aurait des effets bénéfiques,

mesurables favorisant également la croissance du nouveau-né et de lien mère-enfant.

MUYILA (2005) signale que la République Démocratique du Congo n'est pas épargnée par cette situation de condition insuffisante d'élevage de prématurés, ainsi que le nouveau-né jusqu'à 7 jours après la naissance, le taux de mortalité est de 20%. En recourant à cette méthode de kangourou qui consiste à placer l'enfant prématuré sur le ventre de sa mère, bien envelopper le bébé et la mère dans un linge approprié pendant 24/24 heures.

Quant à la mère, elle doit avoir un lit ou une chaise à dossier incliné appropriée sur laquelle elle peut s'allonger. Cette pratique vise à préserver l'enfant prématuré de tout contact direct avec l'extérieur, par ce fait l'enfant prématuré sera réchauffé jusqu'au moment où il atteindra le poids normal de passant 1,800kg. Le même auteur ajoute que les différents services de Kinshasa, se plaignent de l'état de couveuses mises à leur disposition, dans ce cas, ils recourent à la méthode de kangourou pour arriver à sauver la vie des enfants prématurés. La nécessité de la dite méthode dépend de l'implication de la mère.

En effet, la motivation de choix de la méthode kangourou à nos regards vient du fait que, par rapport à tous les auteurs, hôpitaux fréquentés et les livres consultés, nous avons rencontré plusieurs cas de décès des enfants prématurés en absence des couveuses opérationnelles. Or, les infirmiers ou infirmières travaillant dans de service de néonatalogie peuvent

impliquer aux mères à sauver la vie de leurs enfants prématurés grâce à cette méthode de kangourou.

Ceci nous a engagés tant que futur agent de santé d'y mener une étude axée sur l'évaluation des mères sur l'application de la méthode kangourou chez les prématurés.

## **I.2. Question de recherche**

A la lumière de tout ce qui précède, nous posons la question suivante : l'application de la méthode de kangourou par les mères pour l'élevage des enfants prématurés est-elle satisfaisante ?

## **I.3. But et objectif**

Dans le but d'évaluer les mères sur l'application de la méthode kangourou. Pour y parvenir nous fixons les objectifs ci-dessous :

- Identifier les mères concernés pour l'étude ;
- Décrire les éléments de l'application de la méthode kangourou selon la revue de la littérature ;
- Observer l'application de la méthode kangourou par les mères lors de séances
- Proposer quelque piste de solution

## **1.4. Importance du sujet**

L'intérêt capital du sujet est d'améliorer l'accessibilité et l'adhésion des mères de prématurés à la méthode de

kangourou, mais aussi aux personnels soignants sur la protection thermique des nouveau-nés avec l'application de cette méthode précisée, citée ci-haut afin d'aider les autres à la mettre en pratique.

Notre étude aide aussi de servir de référence pour permettre à un autre chercheur à initier une étude, soit à enrichir une étude similaire.

### **1.5. Domaine et type de l'étude**

Notre étude est focalisée dans le domaine de soins en pédiatrie néonatalogie et l'étude est du type descriptif.

### **1.6. Subdivision du travail**

Notre travail comporte cinq (5) chapitre divisé comme suite :

- Chapitre I parle de la problématique
- Chapitre II réservé à la recension des écrits
- Chapitre III Axé sur la méthodologie
- Chapitre IV. Consacré à la présentation et analyse des données
- Chapitre V. réservé à l'interprétation des résultats.

Enfin, la conclusion et la suggestion.

## Chapitre II. RECENSION DES ECRITS

### 2.1. Définitions des concepts

#### 2.1.a) L'application

ROBERT (1990) définit l'application comme étant une action de mettre en pratique une théorie, exécuter un ordre.

#### 2.1.b) Mère

MICHEL GUILLON et MOINGEON (1990), définissent la mère comme étant une femme qui a donnée naissance à un ou plusieurs enfants. Dans le contexte de notre étude, nous définissons la mère comme étant une femme qui a mis au monde un ou plusieurs enfants et qui est capable d'assurer la prise en charge de ses enfants.

#### 2.1.c) Méthode de kangourou

D'après MUYILA (op.cit), la méthode kangourou est considérée comme la meilleure technique de protection des prématurés contre les variations thermiques en utilisant la chaleur maternelle.

#### 2.1.d. Prématuré

Selon BALAMBA (2011), le prématuré est un enfant né avant 37<sup>ème</sup> semaines d'âge gestationnel et dont son poids, sa taille, y compris son périmètre crânien : sont en désaccord avec l'âge gestationnel.

Dans le cadre de notre étude, un prématuré est un enfant né avant la date prévue de l'accouchement c'est-à-dire avant terme. (Avant 36<sup>ème</sup> à 37<sup>ème</sup> semaines de la grossesse).

## **2.2. Notion sur la prématurité**

### **2.2.a) Définition**

Selon KAMBANJI (2010), le prématuré est un nouveau-né dont l'âge gestationnel est inférieur à 37 semaines de grossesse, comptée à partir du 1<sup>er</sup> jour des dernières règles.

### **2.2.b) Facteurs étiologiques**

KAMBANJI (op.cit) signale que dans 40% de cas, aucune cause n'est trouvée et pourtant qu'il existe des facteurs favorisant la prématurité tel que :

- ❖ Les conditions socio-économiques défavorables, dans 25% de cas notamment :
  - Femme isolées,
  - position debout prolongée,
  - travail pénible,
  - trajets longs et pénibles ...
- ❖ les anomalies utero-placentaire :
  - utérus bifide, béance du col utérin,
  - placenta prævia, - tumeurs utérines,
  - infection Cervico- vaginale.
- ❖ Pathologie maternelles :
  - Diabète, -infection graves de la mère,

- Cardiopathies, - anémies, dénutrition...
- ❖ Maladie du fœtus : infections,
  - Malformation congénitales, - Gémellarité...
- ❖ Autres facteurs tel que : - Tabagisme,
  - Alcoolisme, - Traumatisme,
  - Age maternel inférieur à 20 ans et
  - Age maternel supérieur à 40 ans...

### **2.2.C/ Caractéristiques du prématuré**

Nous constatons des grandes différences entre le nouveau-né à terme et le prématuré, non seulement pas la taille et le poids, mais aussi en raison de l'immatunité de certaines organes et des certaines fonctions :

Selon BOLAMBA(Op.cit), les prématuré est caractérisé par :

#### **❖ Immaturité de u système respiratoire :**

- les parois alvéolaires ne sont pas complètement développées, l'immatunité de la structure pulmonaire, Thorax moindre, expliqué par la faiblesse de la musculation du Thorax.

Touts les facteurs cités ci-haut expliquent la fréquence élevée des détresses respiratoire.

#### **❖ Immaturité du système digestif :**

- Hypotonie musculaire avec une anomalie des reflexes (reflexes archaïques émoussés),
- Somnolence, hypoexcitabilité...

#### **❖ Immaturité du système digestif :**

- Faible capacité de l'estomac (14 à 20 ml chez les prématurés avec transit rapide (2 heures du niveau de l'estomac).
- Faible taux d'acidité gastrique et des enzymes duodénaux-intestinaux.

❖ **Immaturité du système thermorégulation :**

- Mauvaise régulation thermique entraînant de l'hypothermie.

❖ **Immaturité du système Vasculaire ;**

- Immaturité du foie entraînant l'ictère,
- Fragilité capillaire, fréquence de l'anoxie, déficit en facteur de coagulation :  
Favorisant les hémorragies cérébrales et hémorragies méningées.

❖ **Immaturité immunitaire :**

- Entraîne une grande sensibilité aux infections suite au taux d'anticorps faible et manque de certains anticorps à cette période.

## 2.2.d/ TABLEAU DE COMPARAISON PHYSIQUE DU PREMATURE ET NOUVEAU-NE O TERME

PARAMETRE	PREMATURE	NOUVEAU-NE A TERME
Couleur	Rougeâtre	ROSE PALE, MAIS LES PAUMES DE MAINS SONT PLUS FONCEES
PEAU ET VEINES	TRANSLUCIDE, LISSE ET BRILLANTE, VEINES VISIBLES	Pas de vaisseaux sanguins visibles sous la peau.
Lanugo	Fin lanugo sur le corps	Absent
Vernix	Epais et diffus	Moins abondant
Cheveux	Lisses, défrisés	Frisés
Striations plantaires	Rare et superficielles seulement au 1/3 antérieur	Nombreuse et bien formées sur 2/3 antérieur des pieds
Mamelons	Petit nodule	nodule de plus de 1cm
Forme de l'oreille	Petite, le pavillon revient lentement à sa place après pliage : le lobe de l'oreille est mou et flexibles	Bien proportionnée le papillon revient vite à la place après pliage.
Organes génitaux Homme	Testicule non descendus, peu de	Testicule bien descendus,

	ligne sur le scrotum, pénis court	beaucoup des lignes sur le scutum, pénis plus long
Organe génitaux femme	les grandes lèvres ne couvrent pas les petites lèvres	Les grandes lèvres recouvrent les petites lèvres.
Tête	Disproportionnée :  Plus grosse par rapport au corps	Taille proportionnée au corps.
Poids	Inferieur à la normale c'est-à-dire $\leq 1500g$	Poids normale $\geq$ 2000g ou plus

### 2. 2.e) Elevage des prématuré

D'après HAMANY (2004), il y a trois (3) règles fondamentales pour l'élevage des prématurés dont les détails nous seront donner dans les lignes qui suivent, il s'agit de :

1<sup>er</sup> règle : empêcher le refroidissement ;

2<sup>ème</sup> règle : protéger contre l'infection ;

3<sup>ème</sup> règle : adapter l'alimentation au besoin.

#### a) empêcher le refroidissement

A dire vraie, est une lutte contre l'hypothermie. Puisqu'en raison de l'immaturation du système thermo-Régulation, la température du prématuré est souvent de 2 à 3°C < à celle

du nouveau-né à terme. D'où transporter immédiatement le prématuré dans un berceau réchauffé par une bouillotte bien enveloppée à la naissance, ou la meilleure méthode qui est de placer le prématuré nu contre le corps chaud de sa mère et d'envelopper les deux corps ensemble ainsi le prématuré n'aura ni trop chaud, ni trop froid, le corps de sa mère étant toujours à la bonne T° (la méthode dite kangourou : à détailler à la suite) autre acte consiste à bien habiller le bébé, l'enveloppé dans une couverture.

## **b) Protéger contre les infections**

Autrement dit lutter contre les infections, cependant la meilleure lutte consiste au respect rigoureux d'une asepsie du milieu (salle des prématurés) pour prévenir l'infection et la contamination d'un prématuré à l'autre. Car ce dernier est très sensible aux infections à cause de l'immaturité immunitaire et de l'immaturité des leucocytes. C'est pourquoi il est recommandé :

- Avoir si possible une salle réservée aux prématurés, sinon limiter le trafic si possible porter le masque ;
- Utiliser toujours les matériels stériles (seringue, sonde, gobelet ou tasse dans lesquels la mère extrait le lait, cuillère...)
- Contrôler constamment les berceaux, ou couveuses : changer le linge mouillé ou sale ;
- Enseigner aux mères l'importance de l'hygiène : elles doivent bien se laver les mains et les seins avant l'extraction

du lait et avant toute manipulation de leurs enfants prématurés (dès qu'elles seront capable de s'en occuper).

Pour la dite lutte, l'OMS suggère qu'on administre de façon prophylactique la vit K1 à la dose de 10mng/j pendant 3j à tout prématuré afin de prévenir l'hémorragie.

### **c) Adopter l'alimentation**

Vu les reflexes de succion et de déglutition n'apparaissent que vers la 32<sup>ème</sup> à 34<sup>ème</sup> semaine de la vie intra-utérine, il y a une immaturité du système digestif et la digestion est lente, les prématurés font facilement de l'hypoglycémie et les besoins en protéines sont élevés : 3g/kg/j. d'où il faut poser une sonde naso-gastrique chez tout prématuré de 32 semaines ou moins, contrôler la position de la sonde et le résidu du avant chaque repas, ne pas laisser téter l'enfant si la fréquence respiratoire est >60 mouvement ou si la T° est <36°C

#### **Les méthodes d'élevage :**

1<sup>er</sup> méthode la couveuse ou l'incubateur

2<sup>ème</sup> méthode la méthode kangourou

A) L'élevage des prématurés par la couveuse

Selon PIERRE (1990), la couveuse est un appareil destiné à recevoir les enfants prématurés et les maintenir dans une constante.

## **Les conditions d'administration**

Du point de vue couveuse ou l'incubateur: la couveuse doit être en bon état, elle doit remplir toutes les conditions d'acceptabilité idéale c'est-à-dire: la température bien réglée d'humidification et d'oxygénation tout à fait normal.

Du point de vue prématuré: ce dernier peut avoir l'état sanitaire critique. Soit avec une détresse respiratoire, ictère pathologique, convulsion ou soit une infection néonatale...

- Le poids < à 1500g

## **Paramètres à surveiller**

D'après PIERRE (op.cit), les paramètres à surveiller sont les suivants :

- \* Etat général :
- \* Les signes vitaux
  - La respiration : la fréquence normale situe entre 40 et 60 mouvements/min, la respiration est abdominale c'est-à-dire : l'inspiration se manifeste en gonflant et l'expiration en aplatisant, la respiration est périodique avec des pauses.
  - La pulsation : la fréquence normale ne peut pas dépasser 140bat/min et < à 90 bat/min.
  - La température : ne peut pas aller au-delà de 37,5°C, ni < à 35°C.
- \* Prise de mensuration
  - Le poids ;

- Le périmètre crânien

Les avantages de la couveuse

ABOUSSA D.A (2004), signale que les avantages de la couveuse sont les suivants :

- La surveillance de T° à l'automatique ;
- La possession d'une alarme en cas de toute déviation ;
- La protection de l'enfant contre les infections et le froid ;
- La mise en place des sondes thermométriques et thermiques cutanées ;
- La télésurveillance de la température de l'enfant...

Les désavantages de la couveuse

ABOUSSA D.A (op.cit), signale que les désavantages de la couveuse sont aussi rencontrés, malgré les multiples mérites ci-hauts cités. Les désavantages ci-après sont à enregistrer il s'agit de :

- La couveuse coûte très cher ;
- Elle prive à l'enfant l'affection et la chaleur maternelle ;
- Risque de brûlure en cas d'erreur de contrôle de la T° entraînant la mort du prématuré ;
- Infection mutuelle lors d'une couveuse contenant plus de deux enfants prématurés ;
- Risques accrus d'infection et faiblesse des mécanismes de défense de ces enfants qui ont pour effet d'augmenter

l'incidence de maladies infectieuses, particulières de gastro-entérite qui peut amener à la septicémie et à la mort.

## **B) L'élevage de prématuré par la méthode de kangourou**

### **B.1. Historique de méthode kangourou**

D'après l'OMS (op.cit), cette méthode a été inventée en 1978 par le docteur Edgar SANABRIA confronté au manque de couveuse à l'institut maternité infantile de Bogota où il était pédiatre. Cette pénurie avec plusieurs prématurés, obligeait les soignants à mettre plusieurs prématurés ensemble avec le risque d'infection.

A cette époque les enfants étaient souvent abandonnées au vu de leur faible chance de survie et du prix des soins difficile à assurer par la famille.

En 1979, avec le soutien de ses collègues pédiatres : docteurs Hector MONTINEZ et Luiz Navette Péret ; le docteur Edgar poursuit le développement de la méthode kangourou.

En 1989, après une dizaine d'années d'effort, l'ONG suisse, le Works Lab. S'y intéresse et finance la fondation kangourou de Bogota afin d'évaluer les résultats de la méthode de manière scientifique.

C'est la pédiatre NATHALIE CHARPAT qui dirige la fondation kangourou depuis le début du projet

Finalement, convaincu par l'efficacité de cette méthode, le ministre de la santé colombien a publié des règles précises concernant la méthode kangourou.

Parallèlement développée en Colombie, la méthode a été notamment en Europe.

Cependant l'enjeu-vital étant moins prononcé dans des pays comme la France, la méthode a été adaptée considérablement.

## **B.2. Définition**

L'OMS et UNICEF (2010) définissent la méthode kangourou comme étant une technique qui consiste à garder le bébé au chaud, par un contact direct peau à peau, sur la poitrine de sa mère entre les deux seins.

D'après MARTINEZ (2000), c'est un contact direct peau à peau, mère - enfant pendant 24 heures sur 24 heures.

## **B.3. But**

Pour MARTINEZ (op.cit), le but poursuit de cette méthode se base sur :

- Etablissement de liens affectifs entre la mère et l'enfant ;
- Assurer la meilleure protection thermique de l'enfant ;
- Favoriser l'allaitement au sein ;
- Contribuer à la bonne santé et bien être des prématurés et des nourrissons nés à terme.

#### **B.4. Les avantages de la méthode kangourou**

- Elle permet d'établir un lien précoce entre les parents et l'enfant ;
- Favoriser l'attachement réciproque ;
- Elle permet de diminuer le taux de mortalité et d'infection des bébés prématurés ;
- La prise du poids est plus rapide chez les bébés bénéficiant de ce contact rapproché avec leurs parents ;
- Le contact avec sa mère favorise l'éveil de sens de l'enfant ;
- Pour les parents, cette méthode permet de diminuer le sentiment de frustration dû au manque de contact physique avec leur bébé ;
- La position et le contact peau à peau renforcent le sentiment d'être la mère de ce petit être ;
- Elle permet une intimité qui s'installe entre eux, dans des services où celle-ci est souvent difficile à trouver ;
- Pour la mère, la méthode kangourou favorise la production de lait ;
- Cette méthode est la moins coûteuse, la plus simple à pratiquer et accessible à tous selon OMS et UNICEF (2009).

D'après KAMBANJI, la méthode kangourou a des avantages repartis comme suite :

\* Pour le bébé :

- Protéger le nouveau-né du monde extérieur et contre les infections ;

- Tenir le bébé au chaud afin d'éviter une hypothermie ;
- Aider le bébé à avoir une respiration plus régulière avec moins d'épisode d'apnée.
- \* Pour la mère :
  - Elle est moins couteuse et accessible à tous ;
  - Elle renforce le lien affectif entre la mère et le bébé ;
  - Elle stimule le réflexe de montée laiteuse ;
  - Elle contribue à la réussite de l'allaitement maternel parce que le bébé a constamment les seins près de lui pour allaitement maternel à volonté.

### **B.5.1 Préparation pour les soins kangourous:**

- Une pièce bien au chaud, sans courant d'air
- Des vêtements amples et légers pour la mère
- Un linge (pagne) carré plié le long de la diagonale pour envelopper ensemble le nouveau-né et la mère
- Le bébé devrait être nu et ne porter qu'un bonnet, des chaussettes et ne couche
- Une chaise à dossier incliné ou un lit relevé de 15 à 30 degrés pour la mère
- Des habits pour la mère selon les besoins

### **B.5.2 Technique de soins kangourou**

Pour KAMBA NJI (op.cit), la technique de soins kangourou se repose sur :

- Conseiller la mère de maintenir une bonne hygiène corporelle : se baigner chaque jour, changer de vêtements ;

- Tirer doucement la tête du bébé et tourner- la vers le côté, alterner le côté où la tête est tournée au cours de la journée ;
- Le hanche du bébé sera en position d'une grenouille et ses bras seront repliés ;
- Les voies respiratoires restent dégagées et la mère et le bébé peuvent avoir des contact visuels dans cette position soutenir le bébé en tirant la ligne sous l'oreille du bébé ;
- Eviter que la tête se replie ou soit trop étendue ;
- Maintenir le bébé à l'aide du linge propre ;
- Envelopper la mère ou le père et le bébé dans le linge en laissant suffisamment d'espace pour le que le mouvement de l'abdomen soient possible lorsque le bébé respire mais pas trop pour que le bébé ne tombe pas lorsque la mère se tient debout (se lève) ;
- Superviser (surveiller) et pratiquer avec la mère jusqu'à ce qu'elle se sente parfaitement à l'aise ou elle s'adapte à cette méthode.

D'après HAMAMN J. (op.cit) :

- Placer le bébé entre les seins de sa mère dans une position verticale, poitrine contre poitrine, d'une manière sûre dans la poche que vous mariez autour du corps de la mère, la tête du nourrisson tournée vers le côté dans une position bien étendue, le haut de la poche doit se trouver juste en dessous de l'oreille du bébé cette position légèrement étendue permet d'éviter une obstruction des voies

respiratoires et d'assurer un contact oculaire entre la mère et le nourrisson.

- Éviter les flexions en avant et postures en extension ;
- Le hanche devra être pliée et les jambes écartées comme une grenouille, les bras devront également être repliés ;
- La pièce de tissu doit être marier assez fermement pour que le bébé ne glisse pas lors de la poche, quand la mère se lève ;
- Veiller à ce que la partie femme du tissu entoure le torse du bébé, la partie abdominale du bébé ne doit pas être trop serrée, elle doit se trouver à peu près au niveau de l'épigastre de la mère. Des cette façon le nourrisson est maintenu dans une position qui ne gêne pas la respiration abdominale et la respiration de la mère stimule celle du bébé ;
- Montrer à la mère comment placer et sortir le nourrisson de sa poche.

Au fin et à la mesure que la mère apprend à se mal au nourrisson, la crainte va disparaître.

- Expliquer à la mère qu'elle peut allaiter au sein dans la position « kangourou » rendent l'allaitement très facile.

De plus, le maintien du bébé près de la poitrine stimule la production de lait maternel.

## B.6. Surveillance de prématuré sous kangourou

Selon CHARPAK et CALUM (op.cit), la surveillance consiste à :

- Surveiller la respiration et la couleur du bébé, car ce dernier peut faire des pauses respiratoires qu'on fait lorsqu'il est peu à peu sur sa mère reçoit une stimulation permanente par les mouvements de sa mère et généralement en cas de pauses.

La mère doit être avertie de cette possibilité signalé si les pauses sont trop fréquentes et surtout si elles entraînent un changement de la couleur du bébé (pâleur ou cyanose).

- La température : sachant combien une hypothermie rebelle est indice de gravité (infection possible) plus ou moins 3x/j.
- L'évolution pondérale de l'enfant ;
- Les fonctions digestives (résidus, selles, ballonnements) ;
- La mensuration poids, taille et périmètre crânien ;
- L'alimentation du prématuré.

L'application de la méthode kangourou par les mères

Éléments de préparation pour les soins kangourou

- Pièce bien au chaud, sans courant d'air
- Vêtements selon les besoins pour la mère
- Linge (pagne) carré plié le long de la diagonale
- Bébé devrait être nu
- Chaise à dossier incliné ou un lit relevé de 15 à 30 degrés

Technique des soins kangourou

- Poitrine du bébé entre les seins de la mère.
- Tête tournée sur le côté,
- Les voies respiratoires restent dégagées
- Envelopper la mère et le bébé dans le linge
- Maintenir le linge à l'aide d'un nœud bien fermé

## CHAPITRE III. APROCHE METHODOLOGIQUE

### 3.1. DESCRIPTION DU LIEU D'ENQUETE

Notre étude à été réalisé aux cliniques universitaires de Kinshasa.

#### a) Situation géographique

Les Cliniques Universitaires de Kinshasa ont une superficie totale de 2700 m<sup>2</sup> dont 2300 m<sup>2</sup> implanté dans la colline du Mont-Amba dans la commune de Lemba elles sont limité :

- Au Nord par le CNPP ;
- Au Sud par le plateau des professeurs et les résidences des étudiants
- A l'Est par la vallée de Livulu et Gombe ;
- A l'Ouest par la commune du Mont-Ngafula

#### b) Historique

L'hôpital que nous appelons aujourd'hui, les cliniques universitaires de Kinshasa à été construits en 1956, par l'office national des transports au Congo (OTRACO), Actuellement office national des transports (ONATRA), suite aux projets de construction d'un camp des travailleurs à griffer dans la commune de Matete, de l'université.

Certes une convention prise entre l'université LOVANIUM et l'OTRACO au terme de laquelle (l'université) ce dernier devrait financer la construction et équiper l'hôpital en matériel.

L'exploitation et membres de l'université devrait s'occuper de la gestion de l'hôpital :

Le 15 février 1957, les premières consultations prénatales ouvriront leurs portes avec six infirmières religieuses.

Le 28 novembre 1957, les activités curatives débutent dans cet établissement et l'hôpital entra en fonctionnement avec ses pavillons d'hospitalisation de 200 lits.

Le 14 décembre 1957, l'inauguration solennelle et officielle à eu lieu avec le médecin Directeur Dr CA-LIXTE-Sylvain ROONSE.

En 1958 aux termes d'un autre protocole d'accord, entre le gestionnaire et le constructeur, cet hôpital fut cédé à l'Université de LOVANIUM.

En 1971 lors de la création de l'université Nationale du Zaïre (UNIZA), l'hôpital fut dénommé cliniques universitaires de Kinshasa. Cette appellation fut remplacée par cliniques universitaires de Mont-Amba en 1984 au cours de la 8<sup>ème</sup> session Ordinaires du conseil d'administration des universités.

Au mois de décembre 1989, sur la décision du comité directeur des universités de Kinshasa (UNIKIN) cet hôpital retrouve sa dénomination des Cliniques Universitaires de Kinshasa (C.U.K)

De 1962 à 1971 le premier médecin directeur des cliniques universitaires de Kinshasa fut le professeur ROONSE qui

après sera remplacé par plusieurs autres médecins directeurs. La direction administrative fut créée et appellations « Administrateur des hôpitaux », naquit cinq (5) ans plus tard.

En 1972 le premier médecin directeur Zaïre fut le docteur MUTEBA MBOMA. Comme administrateur gestionnaire adjoint pour mission essentielle de superviser tous ses services administratifs, économiques, et généraux des cliniques.

De 1972 à 1989 elles deviennent les cliniques universitaires du Mont-Amba et à partir d'octobre 1989, elles deviennent les cliniques universitaires de Kinshasa sur décision du comité directeur des universités de Kinshasa.

Les cliniques universitaires de Kinshasa sont situées dans la partie sud de la vallée de Kinshasa à plus au moins 25km du centre ville dans la commune de LEMBA.

Elles sont reliées à l'Ouest de la ville par les avenues de l'université et By-pass en passant par le Rond point NGABA, GILLON, les routes LIVULU et KIMWENZA menant jusqu'aux C.U.K.

Elles sont dotées d'une superficie totale de 27000m<sup>2</sup> dont 23000 m<sup>2</sup> représentant la partie bâtie sur les Mont-Amba. Elles sont situées entre la faculté de médecine de l'UNIKIN et l'Ecole de santé publique de Kinshasa.

Leurs implantation en dehors de la ville garantit ce repos et le calme nécessaire à la santé des malades et leurs confères.

une position excentrique par rapport aux grandes nations de la capitale.

Les cliniques universitaires de Kinshasa sont fréquentées par une population à un diverses couches sociales revenues, varié allant de Nantis aux plus démunis.

## **3.2. POPULATION ET ECHANTILLON**

### **3.2.1. Population**

Selon KAPUKU (2009), la population cible est l'ensemble des éléments parmi lequel on aurait pu choisir l'échantillon.

Dans le cadre de notre étude, la population cible est constituée de 12 mères qui sont hospitalisées avec leurs enfants au service des prématurés externe.

### **3.2.2. Echantillon**

D'après OMANYONDO (2010), l'échantillon est un groupe de sujets (éléments) tirés d'une population cible. Dans le cadre de notre étude, l'échantillon est constitué de 12 mères qui ont répondu à nos critères de sélection et celles qui sont retenu par la technique de l'échantillonnage occasionnelle ou accidentel c'est-à-dire que celles qui sont inclus au fur et à mesure qu'on leur rencontre dans le service pendant le déroulement des enquêtes.

### **3.2.3. Critères d'inclusion et d'exclusion**

#### **3.2.3.1. Critères d'inclusion**

- Etre hospitalisée en service ;
- Etre présente la période d'enquête.

### **3..3. Méthode de collecte des données**

#### **a. Méthode**

D'après ROBERT (2000), la méthode est l'ensemble de démarches que suit l'esprit pour découvrir et démontrer une vérité.

Pour notre travail, la collecte des données est rendue possible grâce à la méthode d'enquête par étude prospective.

#### **b. Technique**

Selon ROBERT (op.cit), la technique : est ensemble de procédés employés pour produire une œuvre ou obtenir un résultat déterminé.

Pour nous, nous avons eu à recourir à la technique d'observation directe en faisant partie de l'équipe de soins sans que notre présence constitue un facteur perturbant. Comme le dit NDUITE (2009).

#### **c. Instruments**

Pour notre étude, nous avons élaboré une grille d'observation pour récolter les données.

Cette grille d'observation est constituée de deux(2) volets :

- Le premier concerne l'identification des mères observées et
- Le second concerne les éléments ayant trait à l'application des mères dans la méthode kangourou pour l'élevage des enfants prématurés.

### **3.4. Déroulement de l'enquête**

#### **3.4.1. Démarche préliminaire**

Il a été rendu possible grâce à l'attestation de recherche livrée par la direction de section des sciences infirmières à l'institut supérieur des techniques médicales des Kinshasa ISTM/KIN en sigle, que nous avons présenté à la direction de Clinique Universitaire de Kinshasa ceci nous a permis, après l'obtention de l'autorisation à la direction, d'accéder au département de pédiatrie, plus précisément au service de prématuré externe en passant par la direction de nursing pour la confirmation et l'orientation dans le service d'hospitalisation.

#### **3.4.2. Démarche proprement dite**

Pour avoir accès d'observer ces mères dans l'application en rapport avec les éléments de préparation pour les soins kangourou, et la technique des soins kangourou nous permettent d'assurer la promotion de la santé dont nous avons besoin pour récolter les données nécessaires en rapport avec notre recherche.

Nous avons fait une enquête par observation directe en nous intégrant dans l'équipe de soins comme stagiaire, cette manière de procéder nous a permis de ne pas nous faire remarquer lors des manœuvres d'observation et de cochage.

Ainsi, lorsqu'un acte se réalise, nous cochons par le signe plus (+) équivalent à un point et un acte non réalisé ou mal exécuté, nous cochons par le signe moins (-) équivalent à zéro (0) point.

### 3.5. Traitement des données

Nous avons assigné au dépouillement manuel, et nos données sont traitées grâce aux méthodes statistiques qui nous ont permis de calculer. Et en faisant le calcul de pourcentage en vue d'analyser et d'interpréter les résultats qui sont obtenus.

Les formules utilisées sont les suivantes :

$$\% = \frac{ni}{n} \times 100$$

Ou

$$\% = \frac{FO}{FA} \times 100$$

Légende

% = pourcentage

ni = fréquence absolue

n = taille de l'échantillon

FA = fréquence attendue

$\Sigma$  = somme

F.O = fréquence observée.

### **3.6. Critère d'acceptabilité**

Pour enquête, notre critère d'acceptabilité est fixé à 50% ou plus c'est-à-dire que tout élément qui n'aura pas obtenu le score sera considéré comme élément d'évaluation des mères sur l'application de la méthode kangourou pour l'élevage des enfants prématurés.

### **DIFFICULTE RECONTRES**

Du fait que toute recherche scientifique ne manque aucune difficulté, parmi lesquelles nous avons connu :

- Perne d'accéder à la documentation en vue d'élaborer la recension des écrits ;
- Les moyens financiers limités.

## CHAPITRE IV. PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES

### 4.1. Profil des enquêtées

**Tableau n°1 : Répartition des enquêtées selon âge**

N°	Âge	n = 12 fi	%
1	De 18 à 20 ans	5	42
2	De 21 ans ou plus	7	58

Ce tableau montre que 5 enquêtées soit 42% retrouvent dans la tranche d'âge de 18 à 20 ans et 7 enquêtées soit 58% sont dans la tranche d'âge de 21 ans et plus.

**Tableau n°II. Répartition des enquêtées selon leur Etat civil**

N°	Etat civil	n = 12 fi	%
1	Mariée	7	58
2	Célibataire	0	0
3	Divorcée	2	17
4	Veuve	3	25

Ce tableau, nous montre que 2 enquêtées soit 17% sont des divorcées, 7 enquêtées soit 58% sont de mariées et 3 enquêtées soit 25% sont des veuves.

**Tableau III. Répartition des enquêtées selon le nombre d'enfants**

N°	Nombre d'enfant	n=12 fi	%
1	De 1 à 5 enfants	8	67
2	De 6 enfants ou plus	4	33

Ce tableau, montre que 8 enquêtées soit 67% ont 1 à 5 enfants et 4 enquêtées soit 33% ont 6 enfants ou plus.

**Tableau n°IV. Répartition des enquêtées selon le nombre d'enfants prématurés**

N°	Nombre d'enfants prématurés	n = 12 fi	%
1	De 1 à 2 enfants prématurés	11	92
2	De 3 entrants prématurés ou plus	1	8

Ce tableau nous montre que 11 enquêtées soit 92% ont 1 à 2 enfants prématurés et 1 enquêtée soit 8% a trois enfants prématuré ou plus.

#### **4.2. Éléments de l'application de la méthode kangourou chez les prématurés par les mères**

Tableau n° V. Répartition des enquêtées selon les éléments de préparation pour les soins kangourou

N°	Éléments de préparation pour le soin kangourou	FA	FO	%
1	Pièce bien au chaud, sans courant d'air	12	6	50
2	Vêtements amples et léger pour la mère selon les besoins	12	4	33
3	Linge (pagne) carré plié le long de la diagonale pour envelopper ensemble le nouveau-né et la mère	12	6	50
4	Bébé devrait être nu et ne porte qu'un bonnet, chaussettes et une couche	12	7	58
5	Une chaise à dossier incliné ou un lit relevée se 15 à 3 degrés pour la mère	12	6	50

Ce tableau montre que les éléments de préparation pour les soins kangourou n°1, 3 et 5 cités ci-haut dans le tableau V

sont utilisés par 6 enquêtées, soit 50% ; l'élément de préparation n°2 est utilisé par 4 enquêtées, soit 33% enfin l'élément n°4 est utilisé par 7 enquêtées soit 58%.

**Tableau VI. Répartition des enquêtées selon la technique des soins kangourou**

N°	Technique des soins kangourou	FA	F0	%
1	Placer le bébé la poitrine entre les seins de la mère, les pieds sous les seins et les mains au dessus.	12	11	92
2	Tirer doucement la tête et tournez-la sur le côté, alterner les côtés où la tête est tournée au cours de la journée, éviter que la tête se replie ou soit trop étendue	12	11	92
3	Les voies respiratoires restent dégagées et la mère et l'enfant peuvent avoir des contacts visuels dans cette position. Soutenir le bébé en tirant le linge sous l'oreille du bébé.	12	10	83
4	Envelopper la mère et le bébé dans le linge en laissant suffisamment d'espace pour que les mouvements de l'abdomen soient possible lorsque le bébé respire mais pas trop pour que le bébé ne tombe pas lorsque la mère se tient debout.	12	11	92
5	Maintenir le linge à l'aide d'un nœud bien fermé et placez les extrémités sous une bande attachée, superviser et pratiquer avec la mère jusqu'elle se sente parfaitement à l'aise avec la méthode	12	10	83

Ce tableau montre que les techniques n°1, 2, et 4 citées ci-haut dans le tableau VI sont appliquées par 11 enquêtées, soit 92% et les techniques n°3 et 5 du tableau sont appliqués par 10 enquêtées, soit 83%.

### VIII. Tableau Synthèse

n°	Élément de l'application de la méthode kangourou par les mères	F.A	F.O	%
1	Éléments de la préparation pour les soins kangourou	48	29	60
2	Technique des soins kangourou	84	54	64

Ce tableau montre dans l'ensemble, l'application de méthodes kangourou chez les prématurés par les mères est de 68%.

## CHAPITRE V. INTERPRETATION DES RESULTATS

Dans cette section, nous allons interpréter les résultats obtenus sur les caractéristiques des enquêtées et les éléments de l'application de la méthode kangourou chez les prématurés par les mères.

### 5.1. Caractéristiques socio-démographiques des enquêtées

#### a. l'âge

Le tableau n°1 représente les enquêtées selon leurs âges, il montre que 5 enquêtées, soit 42% sont dans la tranche d'âge de 18 à 20 ans et 7 enquêtées, soit 58% sont dans la tranche d'âge de 21 ans ou plus.

#### b. l'Etat civil

Le tableau n°2 représente des enquêtées selon leur état civil, il nous montre que 7 enquêtées soit 58% sont des Mariées, 3 enquêtées soit 25% sont des veuves et 2 enquêtées soit 17% sont des divorcées.

#### c. Nombre d'enfants

Le tableau n°3 montre que 8 enquêtées soit 67% ont 1 à 5 enfants et 4 enquêtées soit 33% ont 6 enfants.

#### d. Nombre d'enfants prématurés

Le tableau n°4 montre que 11 enquêtées soit 92% ont 1 à 2 enfants prématurés et 1 enquêtée soit 8% a 3 enfants prématurés.

## V.2. Éléments de l'application de la méthode kangourou chez les prématurés par les mères

### a) Éléments de préparation pour les soins kangourou

Le tableau n°5 nous montre un score de 48% dont le détail est le suivant :

- 58% soit 7 enquêtées utilisent l'élément n°4 cité dans la 2<sup>ème</sup> colonne de ce tableau ;
- 50% soit 6 enquêtées utilisent les éléments n°1, 3 et 5 du tableau n°5 cités à la 2<sup>ème</sup> colonne ;
- 33% soit 4 enquêtées utilisent l'élément n°2 cité dans la 2<sup>ème</sup> colonne du dit tableau.

Selon KAMBANJI (2012), la préparation des soins kangourou se base sur tous ces éléments cités dans la 2<sup>ème</sup> colonne du tableau n°5. D'où le score de 48% obtenu est inférieur à notre critère d'acceptabilité fixé à 50% ou plus. Cela justifie que les éléments de préparation pour les soins kangourou sont insuffisamment utilisés par nos enquêtées.

### b. la technique de soins kangourou

Le tableau n°6 nous présente un score de 88% dont les détails sont à la suite :

- 92% soit 11 enquêtées appliquent les techniques n°1, 2 et 4 du dit tableau citées dans la 2<sup>ème</sup> colonne de ce tableau ;
- 83% soit 10 enquêtées appliquent les techniques n°3 et 5 de ce même tableau, citées dans la 2<sup>ème</sup> colonne du tableau.

Selon KAMBANJI (op.cit), pour toute personne appliquant la méthode kangourou chez les prématurés doit s'atteler sur les techniques citées dans la 2<sup>ème</sup> colonne du tableau n°6. D'où le score de 88% obtenu est supérieur à notre critère d'acceptabilité fixé à 50% ou plus. Cela justifie que la technique des soins kangourou est bien appliquée par nos enquêtées.

Le tableau n°7 de synthèse, nous présente un score de 68% qui est supérieur à notre critère d'acceptabilité fixé à 50% ou plus. Cela justifie que l'application de la méthode kangourou chez les prématurés par les mères est satisfaisante.

## CONCLUSION

Notre travail est : « l'application de la méthode kangourou chez les prématurés par les mères » Etude menée aux Cliniques Universitaires de Kinshasa.

Notre étude à pour but : d'évaluer les mères sur l'application de la méthode kangourou chez les prématurés.

Pour y parvenir, nous nous sommes fixés sur les objectifs suivants :

- Identifier les mères concernées pour l'étude ;
- Décrire les éléments de l'application de la méthode kangourou selon la revue de la littérature ;
- Observer l'application de la méthode kangourou par les mères ;
- Proposer quelques pistes de solution.

Dans le cadre de cette étude, la population cible est constituée par 12 mères rencontrées dans le service pendant l'enquête, l'échantillon est constituée de 12 mères qui ont répondues à nos critères de sélection, la méthode choisie est l'enquête par étude prospective, la technique utilisée est l'observation directe tandis que la grille d'observation a été utilisée comme instrument de collecte des données.

Après ce parcours, nous sommes aux résultats suivants :

- Eléments de préparation pour les soins kangourou 48% ;
- La technique des soins kangourou 88%

Dans l'ensemble, nous avons obtenu un score final de 68%. Ce résultat répond à notre critère d'acceptabilité fixé à 50% ou plus.

Par là, nous concluons que l'application de la méthode kangourou chez les prématurés par les mères est satisfaisante aux cliniques universitaires de Kinshasa.

## SUGGESTION

Nous suggérons :

- aux autorités du ministère de santé publique de contribuer à la lutte contre la mortalité et la morbidité des nouveau-nés prématurés en renforçant les capacités de matériels (couveuses) et en organisant les campagnes de formation des mères dans l'initiative de la méthode kangourou.
- Aux mères de bien identifier et utiliser les éléments de préparation pour les soins kangourou pour une meilleure application de la technique des soins kangourou. Mais aussi de participer à toute formation possibles de soins kangourou car leurs participations actives restent capitale pour la lutte contre la mortalité et la morbidité des enfants prématurés.

## REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE

1. ABOUSSAD A (2000), Problématique de la prise en charge de la prématuré, éd. Nouvelle, Rabat.
2. BERNARD et GENEVIEVE (2003), Dictionnaire médical pour les régions tropicales, kangu - Mayumbe, éd. BERPS:
3. BOLAMBA (2010), Notes de cours Pathologie infantile, à l'usage des étudiants de 3<sup>e</sup> graduat, ISTM/Kinshasa.
4. DAHLM et JAMES (1972), Pédiatrie, Paris, éd. New Born.
5. HAMAN N J (2004), au fil des événements, journal de puériculture et de la pédiatrie, éd. Université LAVAL.
6. JOAU NARD N. (2000), Les unités kangourou de Bogota en France mère et enfants, Nantes.
7. KAMBANJI (2010), Notes cours de nursing en pédiatrie de 3<sup>ème</sup> Graduat, ISTM/Kinshasa
8. KAPUKU (2009) Notes de cours de statistiques descriptives, à l'usage des étudiant de G,SC..I, ISTM/Kinshasa.
9. MARTINEZ et REY (2000), Méthode kangourou, Bruxelles, éd. Net Works.
10. MICHEL GUILLON et M. MOINGEON (1990), Dictionnaire Robert, 2<sup>éd</sup>, Paris - Bruxelles.
11. MICHAEL (1992), Profil d'un hôpital ami du bébé mère et enfants, V2, n°1, USA.
12. MUYILA (2005), La méthode kangourou; un pas en avant dans la prise en charge de prématuré, département de

pédiatrie Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa.

13. NDUITE (2009), Notes de cours de l'initiation à la recherche scientifique, à l'usage des étudiants de G2, SC. I, IFAS/Kinshasa.
14. N.CHARPAK et CALUME (1996), La méthode kangourou ou comment soigner les nouveau-nés fragiles avec leur mère, éd. Masson, Bruxelles.
15. OMS (2002); la méthode kangourou, [http:// de santé, org // MGI html/ document](http://de.santé.org//MGI/html/document)
16. (2003), mamans kangourous pour bébé prématurés, [http:// Vi.aval.Cal](http://Vi.aval.Cal) Au fil des événements.
17. OMS (2007), la méthode « mère kangourou» guide pratique, éd. DM5, Genève.
18. OMS et UNICEF (2010), Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, éd. OMS, Genève.
19. PAUL ROBERT (1994), Dictionnaire Robert, 2e éd, Paris Bruxelles
20. PIERRE (1990), dictionnaire médical, éd. BERPS, Kangu – Mayumbe.
20. PIERRE (2009), dictionnaire médical, éd. BERPS, Kangu-Mayumbe
21. RIASCOS C. (1997), La méthode kangourou, Paris, Sparadrap, wana doo.Fr
22. ROBERT (1999), Dictionnaire de la langue française, 3 éd, Paris.

# Annexes

## TABLE DES MATIERES

<b>LOUANGE.....</b>	<b>I</b>
<b>DEDICACE.....</b>	<b>II</b>
<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>III</b>
<b>Liste des abréviations, sigles et symboles .....</b>	<b>IV</b>
<b>CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE .....</b>	<b>1</b>
1.1. ENONCE.....	1
1.2. QUESTION DE RECHERCHE.....	5
1.3. BUT ET OBJECTIF .....	5
1.4. IMPORTANCE DU SUJET .....	5
1.5. DOMAINE ET TYPE DE L'ETUDE .....	6
1.6. SUBDIVISION DU TRAVAIL.....	6
<b>CHAPITRE II. RECENSION DES ECRITS .....</b>	<b>7</b>
2.1. DEFINITIONS DES CONCEPTS .....	7
2.2. NOTION SUR LA PREMATURETE .....	8
2.2.a) Définition .....	8
2.2.b) Facteurs étiologiques.....	8
2.2.c/ Caractéristiques du prématuré.....	9
2.2.d/ TABLEAU DE COMPARAISON PHYSIQUE DU PREMATURE ET NOUVEAU-NE O TERME.....	11
2.2.e) Elevage des prématuré.....	12
<b>CHAPITRE III. APROCHE METHODOLOGIQUE.....</b>	<b>25</b>
3.1. DESCRIPTION DU LIEU D'ENQUETE .....	25
3.2. POPULATION ET ECHANTILLON .....	28
3.2.1. Population.....	28
3.2.2. Echantillon .....	28
3.2.3. Critères d'inclusion et d'exclusion .....	29

3.2.3.1. Critères d'inclusion .....	29
3.3. Méthode de collecte des données .....	29
3.4. Déroulement de l'enquête.....	30
3.4.1. Démarche préliminaire.....	30
3.4.2. Démarche proprement dite.....	30
3.5. Traitement des données.....	31
3.6. Critère d'acceptabilité .....	32
DIFFICULTE RECONTRES .....	32
<b>CHAPITRE IV. PRESENTATION ET ANAL YSE DES DONNEES .....</b>	<b>33</b>
4.1. PROFIL DES ENQUETEES .....	33
4.2. ELEMENTS DE L'APPLICATION DE LA METHODE KANGOUROU CHEZ LES PREMATURES PAR LES MERS .....	34
<b>CHAPITRE V. INTERPRETATION DES RESULTATS.....</b>	<b>37</b>
5.1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETEES .....	37
V.2. ELEMENTS DE L'APPLICATION DE LA METHODE KANGOUROU CHEZ LES PREMATURES PAR LES MERS .....	38
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>40</b>
SUGGESTION .....	41
<b>REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE .....</b>	<b>42</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>44</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>45</b>
ORGANIGRAMME DES CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE KINSHSA .....	46



# ORGANIGRAMME DES CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE KINSHSA

