



Article Original

Connaissances Attitudes et Pratiques des Mères des Prématurés et des Petits Poids de Naissance sur la Méthode Kangourou à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé

Knowledge, attitudes and practices of mothers of premature babies and low birth weight on the Kangaroo Mothers Care at the Yaounde Gynaeco-Obstetric and Pediatric Hospital

Kago Tague DA^{1,2}, Mah E^{1,2}, Nguéack F^{1,2}, Tchamani Nameni S³, Ngone I², Sime Tchouamou AA², Nguéack S^{1,2}, Chiabi A^{1,2}

ABSTRACT

- (1) Département de pédiatrie, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Yaoundé, Cameroun
- (2) Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, Yaoundé, Cameroun
- (3) D Institut Supérieur des Sciences de la Santé, Université des Montagnes, Bangangté, Cameroun

Auteur correspondant : Kago Tague Daniel Armand
Adresse e-mail : kagog2@yahoo.fr
Boite postale : 4362. Yaoundé
Tel : +237 677179464

Mots-clés : Connaissances, Attitudes, Pratiques, mères, MMK.

Keywords: Knowledge, Attitudes, Practices, mothers, KMC

Objective. The use of an incubator for the care of premature babies is a challenge in developing countries due to various factors. The Kangaroo Mother Care is a natural, affordable and effective alternative skin-to-skin contact care. This study was conducted to determine the knowledge, attitudes and practices of mothers of premature and low birth weight babies regarding this method. **Population and methods.** This was a descriptive cross-sectional study conducted among mothers of preterm and low birth weight infants. Data were collected face-to-face using a questionnaire. The analysis was conducted using SPSS version 20.0. **Results.** Our study showed that the average age of the mothers was 27.9 ± 6 years; 59.9% of the mothers had a high school education; 80% (96/120) of the mothers had good knowledge. 13.3% had approximate attitudes and 1.7% had harmful attitudes. 55.8% (67/120) of the mothers had inappropriate practices and 4.2% (5/120) had harmful ones. Education level and birth weight were significantly associated with mothers' poor knowledge. Gestational age below 28 years of age was significantly associated with poor maternal attitudes. No socio-demographic factors were independently associated with poor maternal practices. **Conclusion.** Despite their good overall knowledge and attitudes, the level of practices was low. Support for mothers by health workers during kangaroo sessions would correct their poor practices.

RÉSUMÉ

Objectif. L'utilisation d'une couveuse pour la prise en charge des prématurés est un défi dans les pays en développement en raison de divers facteurs. La méthode mère kangourou est un soin alternatif naturel, abordable et efficace consistant à les porter en contact peau à peau. Cette étude a été menée pour déterminer les connaissances, les attitudes et les pratiques des mères des prématurés et des petits poids de naissance concernant cette méthode. **Population et méthodes.** Il s'agit d'une étude transversale descriptive menée chez les mères de nouveau-nés prématurés et des petits poids de naissance. Les données ont été collectées en face à face à l'aide d'un questionnaire. L'analyse a été faite par SPSS version 20.0. **Résultats.** Il ressort de notre étude que l'âge moyen des mères était de $27,9 \pm 6$ ans ; 59,9% des mères avaient un niveau d'études secondaire ; 80% (96/120) des mères avaient de bonnes connaissances. 13,3% avaient des attitudes approximatives et 1,7% des attitudes néfastes. 55,8% (67/120) des mères avaient des pratiques inadéquates et 4,2% (5/120) des néfastes. Le niveau d'études et le poids de naissance étaient significativement associés aux mauvaises connaissances des mères. L'âge gestationnel inférieur à 28 SA était associé de façon significative aux mauvaises attitudes des mères. Aucun facteur sociodémographique n'était associé de façon indépendante aux mauvaises pratiques des mères. **Conclusion.** Malgré leurs bonnes connaissances et attitudes globales, le niveau des pratiques est faible. L'accompagnement des mères par le personnel soignant au cours des séances kangourou corrigerait leurs mauvaises pratiques.

INTRODUCTION

Le petit poids de naissance (PPN) désigne tout nouveau-né ayant un poids inférieur à 2500g [1,2]. La Méthode Mère Kangourou (MMK) consiste à porter un enfant prématuré ou de petit poids de naissance sur le ventre en contact peau contre peau pour assurer une protection

thermique. Cette méthode est très efficace et facile à appliquer par rapport à la couveuse [3].

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), on compte 9,6% de naissances prématurées, dont environ 85% en Afrique et en Asie [4]. L'OMS en 2006 avait

estimé que 95% des 24 millions de naissances annuelles avait un faible poids de naissance, dont 10 à 20 % dans les pays en voie de développement [5]. Au Cameroun, une étude sur les facteurs de risque de naissances prématurées à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et pédiatrique de Yaoundé (HGOPY) relevait un taux de prématurité de 26,5% [6]. L'Enquête démographique et de santé de 2014 au Cameroun relevait un taux de petit poids de naissance à 9% [7]. Les prématurés et les nouveau-nés de petits poids de naissance constituent l'une des premières causes de décès des nouveau-nés en Afrique et représentent un cinquième du total des cas de mortalité néonatale, estimée à 4 millions [8]. Chiabi et al notaient un taux de mortalité néonatale de 31% [9]. Une étude faite par Mah et al en 2014 à l'HGOPY a révélé que 31,26% des décès chez les nouveau-nés étaient liés aux complications de la prématurité [10]. Dans les pays en voie de développement, la prise en charge des petits poids de naissance reste difficile à cause des moyens très limités. La MMK a été mise au point comme alternative au manque de couveuses appropriées pour des petits poids de naissance qui avaient surmonté les problèmes initiaux et qui n'avaient que besoin d'être nourris et de grandir [3]. Elle s'est avérée efficace pour la protection thermique, l'allaitement maternel, l'établissement de liens affectifs, et donc une croissance améliorée pour ces nouveau-nés [3]. En raison de son utilisation récente dans nos pratiques à l'HGOPY et de l'implication des mères qui est capitale pour la réussite de cette méthode, notre étude avait pour but d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des mères des prématurés et des petits poids de naissance sur la méthode mère kangourou ceci afin d'améliorer nos pratiques.

POPULATION ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude transversale analytique, avec une collecte de données prospective. Cette étude a été menée à l'HGOPY du 03 novembre 2019 au 22 juillet 2020. La population d'étude a été constituée des mères des nouveau-nés prématurés et des petits poids de naissance effectuant la méthode mère kangourou au service de néonatalogie du dit hôpital.

Les variables retenues chez la mère concernaient les caractéristiques sociodémographiques (âge, niveau scolaire, la profession, le lieu d'habitation, la situation matrimoniale). Par ailleurs, nous avons procédé à l'évaluation de leurs connaissances sur la méthode kangourou (objectif, critère d'éligibilité pour le bébé et la famille, le suivi extrahospitalier, les conditions de sortie de l'hôpital, les éléments de surveillance du suivi extrahospitalier, les périodes des sessions, l'avantage et l'inconvénient, la connaissance du kangourou pendant la grossesse). Ensuite leur attitudes (bénéfice, sécurité, l'accès aux matériaux, réalisation de la MMK), et la qualité de leur pratique (position de la mère, contact entre la mère et le nouveau-né, arrêt du kangourou, type de l'allaitement, l'habillement du nouveau-né, arrêt du kangourou) étaient évaluées. Les variables du nouveau-né portaient sur le sexe, l'état de santé, l'âge

gestationnel, le poids de naissance, le poids et l'âge au début du kangourou.

Les données ont été analysées dans le logiciel SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 20.0. L'association entre les variables qualitatives a été recherchée grâce au test de chi carré. La force de l'association a été évaluée par l'Odd Ratio et l'intervalle de confiance à 95%. Le seuil de significativité a été fixé à une valeur $p < 0.05$. Afin d'éliminer les facteurs de confusion, la régression logistique a été faite.

RÉSULTATS

Nous avons interrogé 120 mères dont l'âge moyen était de $27,9 \pm 6$ ans ; parmi elles, 72 (60,0%) avaient un niveau d'études secondaires, 40 (33,3%) étaient salariées et 69 (57,5%) étaient mariées (**Tableau I**).

Tableau I : profil sociodémographique des participants

Variables	Effectifs (n=120)	Pourcentage (%)
Nouveau-nés		
Sexe (garçons)	60	50%
Poids de naissance (grammes)		
< 1000 g	4	3,3
[1000 – 1500g [	58	48,3
[1500 – 2000g[	51	42,5
>2000g	7	5,9
Age gestationnel (SA)		
< 28 SA	14	11,7
[28-32[	48	40,0
[32-34[	47	39,1
[34-36[	8	6,7
≥ 37	3	2,5
Age de début du Kangourou (jours)		
[1-7[	30	25,0
[7-14[	50	41,7
[14-21[	38	31,6
≥ 21	2	1,6
Poids au début du kangourou		
< 1000 g	24	20,0
[1000-1500g [	53	44,2
[1500-2000g [	43	35,8
Profil des mères		
Age des mères		
< 20 ans	6	5,0
[20-35 ans [	96	80,0
>35 ans	18	15,0
Niveau d'étude		
Primaire	6	5,0
Secondaire	71	59,2
Supérieur	43	35,8
Profession		
Ménagère	24	20,0
Salarié	40	33,3
Auto-emploi	23	19,2
Elève/étudiante	33	27,
Situation matrimoniale (mariée)	69	57,5
Lieu d'habitation (rural)	20	16,7

A la naissance, le sex ratio était de 1:1 avec 60 garçons ; le poids moyen de ces nouveau-nés était de 1469 ± 272 g; l'âge gestationnel moyen était de $30,7 \pm 3$ SA.

Au début de la méthode mère kangourou, l'âge moyen des nouveau-nés était de $10,7 \pm 6$ jours (médiane = 10 jours) ; le poids moyen était de $1449,5 \pm 247g$; tous les enfants avaient un bon état de santé au début du kangourou.

Concernant les connaissances en rapport avec la méthode mère kangourou, la condition de sortie d'hospitalisation et les inconvénients de la MMK n'étaient pas connus respectivement par 74 mères (61,7%) et 59,2% d'entre elles. Parmi elles, 77,5% n'avaient jamais entendu parler de cette méthode pendant la grossesse (Tableau II).

Tableau II : Connaissances des mères

Variables	n=120 (100%)
Objectifs de la MMK*	
Bonne	101 (84,2)
Mauvaise	19 (15,8)
Le port du bébé	
Bonne	120 (100)
Mauvaise	0 (0)
Critères d'éligibilité pour le bébé	
Bonne	88 (73,3)
Mauvaise	32 (16,7)
Critères d'éligibilité pour la famille	
Bonne	91 (75,8)
Mauvaise	29 (24,2)
Période des sessions	
Bonne	112 (93,3)
Mauvaise	8 (6,7)
Conditions de sortie de l'hôpital	
Bonne	46 (38,3)
Mauvaise	74 (61,7)
Les éléments de suivi extrahospitalier	
Bonne	82 (68,3)
Mauvaise	38 (31,7)
Avantages de la MMK*	
Bonne	108 (90)
Mauvaise	12 (10)
Inconvénients de la MMK*	
Bonne	49 (40,8)
Mauvaise	71 (59,2)
Connaissance de la MMK* pendant la grossesse (non)	93 (77,5)

*MMK : méthode mère kangourou

En ce qui est les connaissances globales, 96 mères (80%) avaient de bonnes connaissances et 24 (20%) avaient de moyennes connaissances.

Concernant les attitudes des mères, 116 d'entre elles (96,7%) trouvaient la MMK plus bénéfique que la couveuse, 32 mères (26,7%) la trouvaient difficile à réaliser et 111 (92,5%) pouvaient la recommander à d'autres mères de petits poids de naissance (Tableau III).

Tableau III : Attitudes et pratiques des mères

Variables	Effectif (n=120)	Pourcentage (%)
Attitudes des mères		
Bénéfice		
Oui	116	96,7
Non	4	3,3
Sécurité (oui)	110	91,7
L'accès aux matériaux		

Facile	116	96,7
Difficile	4	3,3
Réalisation de la MMK*		
Facile	88	73,3
Difficile	32	26,7
Recommandations (oui)	111	92,5
Pratiques des mères		
Pratique de la MMK* (oui)	120	100
Début de la MMK*		
Bonne	8	5,6
Mauvaise	112	94,4
Contact entre la mère et le nouveau-né		
Bonne	104	86,7
Mauvaise	16	13,3
Position de la mère		
Bonne	88	73,3
Mauvaise	32	26,7
Type d'allaitement		
Bonne	76	63,3
Mauvaise	44	36,7
Habillement du nouveau-né		
Bonne	118	98,3
Mauvaise	2	1,7
Arrêt du kangourou		
Bonne	38	31,7
Mauvaise	82	68,3
Position de la tête du nouveau-né		
Bonne	82	68,3
Mauvaise	38	31,7

Pour les attitudes générales, 102 mères (85%) avaient des attitudes justes ; 2 mères soit 1,7% avaient des attitudes erronées.

Concernant les pratiques, pour 94,4% des mères elles étaient mauvaises au début de la méthode et 31,7% sur la position de la tête du nouveau-né (Tableau III).

Pour les pratiques regroupées, 48 mères (40%) avaient des pratiques adéquates ; 67 (55,8%) avaient des pratiques inadéquates ; 5 mères (4,2%) avaient des pratiques néfastes.

Nous n'avions trouvé aucun effet des connaissances sur les attitudes, de même que sur les pratiques. Pareillement les attitudes n'avaient aucun effet sur les pratiques.

Après analyse multi variée, le niveau d'étude et le poids de naissance étaient associés de façon indépendante et significative aux mauvaises connaissances des mères ; Un âge gestationnel <28 SA est associé de façon indépendante et significative aux mauvaises attitudes des mères ; Aucun facteur démographique n'affectait indépendamment les pratiques des mères (Tableau IV).

Tableau IV : Régression logistique

Variables	OR (IC à 95%)	P
CONNAISSANCES		
Lieu d'habitation (Rurale)	1,17 (1,00-10,33)	0,05
Niveau d'études		
< Supérieur	2,19 (1,86-43,28)	0,006
Profession		
Non salariée	0,95 (0,98-6,87)	0,055
Poids de naissance		
[1500-2000g l	1,19 (1,23-8,85)	0,018
ATTITUDES		
Poids de naissance		
[1000-1500g l	0,55 (0,68-4,47)	0,249
Age gestationnel		
< 28SA	1,25(1,12-10,84)	0,031

Tableau IV (suite): Régression logistique

PRATIQUES	Age maternel		
	20-35ans	0,65(0,8-4,61)	0,143
	Profession		
	Non salariée	0,56 (0,86-3,59)	0,125

DISCUSSION

L'âge moyen des mères que nous avons retrouvé pourrait être expliqué par le fait qu'à cet âge les femmes sont le plus souvent mariées et peuvent par conséquent procréer [11]. Ce qui est similaire aux trouvailles de Solomons et al en Afrique du Sud en 2012 [12] qui avaient retrouvé un âge moyen de $26,9 \pm 3,9$ ans. Près de 59% des mères avaient un niveau d'études secondaires et un tiers des mères était salarié. Ceci est différent des trouvailles de Belco au Mali en 2015 [13] qui avait montré que 46,1% des mères étaient non scolarisées et 88,3% des mères étaient femmes aux foyers. Cela pourrait être dû à la forte scolarisation des jeunes filles dans cette partie du Cameroun [14].

L'âge gestationnel moyen que nous avons retrouvé se justifierait par la réalisation de notre étude dans un hôpital de référence recevant pour la plupart des grands prématurés. Cela était semblable aux trouvailles de Nguah et al [15], dans lesquelles ils notaient une moyenne de 31 SA. L'âge moyen du début du kangourou dans notre étude était plus tardif que celui trouvé par Solomons et al [12] qui relevaient que 60% des nouveau-nés débutaient le kangourou dans les 24 heures après la naissance. Ce résultat pourrait s'expliquer par l'instabilité clinique de nos nouveau-nés nécessitant tout d'abord des soins particuliers et également par la présence des cathéters ombilicaux pour leur alimentation parentérale.

La majorité des mères avait de bonnes connaissances en ce qui concernait le kangourou, ce qui traduisait que le counseling effectué à l'initiation était bien assimilé par les mères. Plus de la moitié des mères ne connaissaient pas les conditions de sortie d'hospitalisation, car elles pensaient que cela était fonction du poids de départ. La plupart des mères connaissait les avantages de la MMK, ceci pourrait être dû au fait qu'elles appréciaient quotidiennement la prise pondérale et le désir accru de téter de la part de leurs nouveau-nés. Ce qui va dans le même sens que Juliana et al au Bénin en 2019 [16] qui avaient trouvé que 80,4% connaissaient qu'elles étaient les avantages de la MMK. Près des trois-quarts des mères n'avaient jamais entendu parler du kangourou pendant leur grossesse ; ce résultat est similaire aux trouvailles de Jayne et al en Malawi [17] qui avaient retrouvé que 84% des mères n'avaient pas entendu parler de cette méthode durant leurs consultations prénatales. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les CPN abordent des points d'ordre généraux et non spécifiques.

Concernant les attitudes globales des mères, nos résultats étaient similaires à celui de Solomons [12] qui avaient retrouvé que 96,6% des mères avaient une attitude juste à l'égard de la MMK. Ceci s'expliquerait par les nombreux avantages de celle-ci notamment la prise pondérale de leurs nouveau-nés, diminution de la durée et du coût de

l'hospitalisation. Comme Nguah et al [15] nous retrouvions que la majorité des mères préféraient la MMK aux couveuses. Ce qui pourrait se justifier par le fait qu'elles dépensaient moins financièrement et qu'elles participaient de plus près aux soins de leurs nouveau-nés. Contrairement à Juliana qui relevait que 70,1% des mères trouvaient la méthode difficile à réaliser, nous retrouvions un quart dans notre étude. Ce résultat était dû au fait que les mères sont prêtes à tout mettre en jeu pour le bien être de leur progéniture [16]. La majorité des mères étaient prêtes à la recommander à d'autres mères dans la même situation, ceci était supérieur aux trouvailles de Juliana et al [16] qui avaient noté que 74,2% des mères le voulaient également. Cela pourrait s'expliquer par la satisfaction vis-à-vis des résultats de cette méthode pour leurs nouveau-nés et pensaient que d'autres pourraient en profiter.

Plus de la moitié des mères avaient des pratiques globales inadéquates, et la plupart des mères avaient de mauvaises pratiques au début du kangourou. Ceci suggérerait un accompagnement personnalisé dès le début de la mise en œuvre de la méthode. Plus de la moitié des mères ne connaissaient pas à quel moment arrêter le kangourou en pratique ce qui était similaire à Juliana et al [16]. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'elles estimaient l'arrêt du kangourou en fonction du poids obtenu par leurs bébés au fil des jours.

Les mauvaises connaissances des mères sur la MMK était significativement associé au niveau d'étude secondaire, ce qui s'expliquerait par la faible scolarisation des jeunes filles réduisant ainsi leur capacité de compréhension. Ces mauvaises connaissances étaient également associées au poids de naissance compris entre 1500-2000 g. Ce résultat pourrait être dû au fait que les nouveau-nés n'étant pas très petit, les mères ne s'appliquaient pas véritablement dans la réalisation du kangourou. Un âge gestationnel < 28 SA était associé significativement aux mauvaises attitudes des mères, ceci s'expliquerait par la peur de celle-ci de s'occuper de ces nouveau-nés qui sont extrême prématuré et de très faible poids de naissance.

CONCLUSION

Malgré le fait que la majorité des mères avaient des connaissances et des attitudes globales bonnes, plus de la moitié des mères avait des pratiques inadéquates. Le renforcement des connaissances des mères sur la méthode mère Kangourou par des séances pratiques de démonstration et l'approvisionnement en documentation y relatives pourraient améliorer les attitudes vis-à-vis de cette pratique.

Contribution des auteurs

DAKT, EM, STN, ont rédigé le protocole d'étude. STN a effectué la collecte des données. DAKT, EM, STN, FN, AC et SN ont réalisé les analyses statistiques. DAKT, EM, AAST, IN, STN et GK ont rédigé l'article. EM a assuré la supervision générale. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale de l'article.

Conflit d'intérêt

Les auteurs de cette étude déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt sur ce sujet.

RÉFÉRENCES

1. WHO/ UNICEF. Low birth weight country regional and global estimates. Genève: WHO/ UNICEF.2004: 27p
2. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M, Chou D, Moller A, Narwal R et al. National, regional and worldwide estimates of preterm birth. The lancet. Elsevier. 2012; 379(9832) 2162-72.
3. OMS. La méthode mère kangourou : guide pratique. Genève : Mariarosaria Cardines. 2004 : 60p.
4. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran A, Merialdi M, Requejo J et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systemic review of maternal mortality and morbidity. Bull : WHO. 2010 ; 88(4)31-8.
5. Mah E, Chiabi A, Ejake L, Nguéfack S, Mbassi H, Ngwanou D et al. Fréquence et facteurs de risque du retard de croissance intra utérin à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé. Health Sci Dis.2017 ; 18(4) :73-76.
6. Chiabi A, Mah E, Mvondo N, Nguéfack S, Kamga K, Mboudou E. Risk factors for premature births: a cross-sectional analysis of hospital records in a Cameroonian health facility. J African of reproductive health. 2018 ; 22(4).
7. Institut National de la Statistique. Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS5). Yaoundé : Institut National de la Statistique ; 2015 :504
8. USAID/ Basics. Manuel de référence du Madagascar : Soins essentiels Au Nouveau-nés. 2008 : 96p.
9. Chiabi A, Takou V, Mah E, Nguéfack S, Siyou H, Takou V et al. Risk factors for neonatal mortality at the yaounde gyneco-obstetric of pediatric hospital. J Iran pediater. Aout 2014; 24(4): 399-400.
10. Mah E, Chiabi A, Tchokonteu P, Nguéfack S, Bogne J, Siyou H. Neonatal mortality in referral hospital in Cameroon over a seven period: trends associated factors and causes. J home.
11. Nicole B. La fécondité au Cameroun : Niveaux et tendances. Pop. J. 1995 ; 50(1) : 35-60
12. Solomons N, Rosant C. Knowledge and attitudes of nursing staff and mothers kangaroo mother care in the eastern sub-district of Cape town. S Afr J clin Nutr. 2012 ; 25(1) :33-39.
13. Belco B. Profil épidémiologique des nouveau-nés prématurés de l'unité kangourou du CHU – Gabriel Touré Bamako [Thèse]. Bamako : Université des techniques et des technologies de Bamako.2015 : 90p.
14. Institut Nationale de la Statistique. Education. In : MINSUP : Annuaire de statistique du Cameroun. Yaoundé. 2002. P.1-27
15. Nguah S, Wobil P, Obeng R, Yakubu A, Kerber K, Lawn E et al. Perception and practice of Kangaroo Mother Care after discharge from hospital in Kumasi, Ghana: A longitudinal study. J BMC gross et acc. 2011; 11(1) : 1-8.
16. Juliana A, Afemikhe, Ainabebholo V. Assessing knowledge and attitude towards kangaroo mother care among women of child bearing age in Benin city. Lau J. of Nurs. 2019 ; 5(2) : 74-9.
17. Jayne Z, Chalanda M, Ngwale M. Méthode mère kangourou : un examen des expériences des mères à l'hôpital de Bwaila et à l'hôpital central de Zomba Malawi. J obst. 2015 ; 31(2) :305-15.