



Non-Pharmacological
Intervention Society

Le Référentiel des Interventions Non Médicamenteuses

Protocol : Soins Mère Kangourou

Problème de santé : Prématurité



Psychosociales

Code de la fiche

NPIS-0000000118

Désignation

Méthode de soins Mère Kangourou

Abréviation

SMK

Catégorie

Psychosociale

Objectif principal de santé

- Baisser la mortalité des nouveau-nés prématurés et/ou de petit poids de naissance (PPN) et améliorer la qualité de leur survie (Charpak 1997; Charpak 2007; Sylla 2011; Conde-Agudelo 2016; Charpak 2017; Mazumder 2019; Fouly 2021; Sivanandan 2023; Zhu 2023, Darmstadt 2023; Pallás-Alonso 2023; Charpak 2024; OMS 2025; Gupta 2026).

- CIM 11: Nouveau-né prématuré (de moins de 37 semaines d'âge gestationnel) ou de PPN (moins de 2500g) KA21.

L'INM présente des objectifs spécifiques:

- Réduire la morbi-mortalité nouveau-nés prématurés et/ou de PPN (infections, hypothermie, complications respiratoires, ré-hospitalisations) (Charpak 2001; Sylla 2011; Ruiz-Pelaez 2014; Montealegre 2020; Sivanandan 2023; Zhu 2023; Minotti 2025).
- Améliorer la croissance somatique et le neurodéveloppement à court, moyen et long terme (Charpak 2001; Tessier 2003; Charpak 2005; Charpak 2017; Ropars 2018; Charpak 2022; Ropars 2018; Aldana 2019; Charpak 2021; Cristo Borrero 2022; Charpak 2022; Attanasio 2024; Charpak 2024).
- Favoriser l'allaitement maternel précoce, exclusif et prolongé (Charpak 2001; Charpak 2005; Ruiz-Pelaez 2007; Sylla 2011; Zhu 2023; Mekonnen 2019; Cadavid 2025).
- Renforcer l'attachement, la compétence parentale et la santé mentale de la mère et du père (Tessier 2009; Varela 2014; Sinha 2021; Pathak 2023).
- Réduire la durée d'hospitalisation et les coûts de soins néonataux, tout en humanisant la prise en charge (Charpak 2001; Charpak 2007; Ruiz-Pelaez 2017; Narciso 2022).
- Améliorer la stabilité physiologique du nouveau-né (thermorégulation, fréquence cardiaque et respiratoire, saturation en oxygène) (De Leeuw 1991; Montealegre 2020; Khanna 2025).
- Favoriser une transition sécurisée et continue entre l'hospitalisation et le suivi ambulatoire, en renforçant la continuité des soins (Charpak 1997; Sylla 2011; Charpak 2023).

Explication

La méthode de soin « mère kangourou » (SMK), « Kangaroo Mother Care » (KMC) en anglais, réduit la mortalité néonatale des nouveau-nés prématurés ou de PPN par la diminution des hypothermies et des hypoglycémies, par l'amélioration de l'allaitement maternel (Charpak 2005; Ruiz-Pelaez 2007; Cadavid 2025) et de la relation mère enfant, par la diminution de la durée d'hospitalisation et par conséquent des infections intra-hospitalières (Charpak 2001; Sylla 2011; Conde-Agudelo 2016; Sivanandan 2023; Zhu 2023; Minotti 2025), par la protection de la croissance cérébrale (Schneider 2012; Suffren 2017; Aldana 2019; Charpak 2021; Charpak 2022; Charpak 2024) y par la stimulation de l'environnement familial.

L'INM contribue également à l'amélioration de la stabilité physiologique du nouveau-né, à la réduction du stress et de la douleur, à l'amélioration du neurodéveloppement à court, moyen et long terme (Tessier 2003; Ropars 2018; Charpak 2022), ainsi qu'au renforcement de la continuité des soins et de la participation active des parents comme partenaires du

soin (Charpak 1997; Charpak 2007; Montealegre 2021; Charpak 2023; Attanasio 2024; Charpak 2024).

Test de routine

Mesure du poids du nouveau-né par une balance validée, mesure de la taille avec une toise et du périmètre crânien avec un ruban métrique.

Seuil

Poids, taille et poids corporel inférieurs aux normes ou naissance avant le terme.

Seuil individuel de changement clinique

Prise de poids, taille et périmètre crânien conformes aux standards selon le sexe et l'âge gestationnel.

Bénéfice secondaires

- Réduction de la durée d'hospitalisation des prématurés (Charpak 2001; Ruiz-Peláez 2004; Sylla 2011; Charpak 2015; Ruiz-Peláez 2017; Charpak 2021; Narsico 2022; Cortés 2022; Zhu 2023; Attanasio 2024).
- Moins d'infections et d'épisodes infectieux des nourrissons (Charpak 1997; Charpak 2001; Charpak 2021; Minotti 2025).
- Réduction des hypothermies (Charpak 2021; Zhu 2023; Khanna 2025).
- Diminution de la douleur du nourrisson (Charpak 2021; Johnston 2017).
- Amélioration du gain pondéral du nouveau-né (Charpak 2005; Charpak 2007; Sylla 2011; Aldana 2019; Charpak 2021; Narsico 2022; Zhu 2023; Cadavid 2025).
- Augmentation de l'initiation et de la durée de l'allaitement (Charpak 2001; Ruiz-Peláez 2007; Charpak 2007; Charpak 2021; Zhu 2023; Charpak 2023).
- Protège les structures et les fonctions cérébrales de l'enfant (Charpak 2007; Schneider 2012; Angulo 2016; Suffren 2017; Ropars 2018; Charpak 2021; Charpak 2022, Cortés 2022; Charpak 2024).
- Moins d'absence scolaire à l'école maternelle (Charpak 2017; Cortés 2022).
- Réduction des hémorragies chez la mère (Saxton 2015).
- Réduction de la dépression post-partum de la mère (Sinha 2021).
- Amélioration du lien affectif perçu («bonding effect») et du sentiment de compétence parentale (Tessier 1998; Charpak 2007; Tessier 2009; Varela 2014; Charpak 2021;

Attanasio 2024).

- Réduction de la dépense énergétique due aux couveuses et humaine par une sortie précoce de l'hôpital (Charpak 1997; Charpak 2021; Aryadevi 2025).
- Méthode coûts-efficace (Ruiz-Peláez 2004; Ruiz-Peláez 2007; Ruiz-Peláez 2017 Charpak 2021).
- Données de grande cohorte en suivi ambulatoire montrant la faisabilité et les résultats à l'échelle (Sylla 2011; Diaz 2017; Charpak 2020; Charpak & Montealegre-Pomar 2023; Darmstadt 2023).
- Suivi des comorbidités à long terme chez ex-prématurés/PPN (auditif/visuel) informant l'organisation du suivi (Charpak 2012; Charpak 2015; Charpak 2016; Montealegre 2021; Charpak 2024).

Risques directs

L'INM est sûre (Charpak 1997; Charpak 2001; Ruiz-Pelaez 2007; Montealegre 2020; Montealegre 2021; Narciso 2022).

Risques d'interaction

Aucun connu à ce jour mais il existe quelques contrindications temporaires à la position Kangourou :

- maman avec des lésions cutanées thoraciques antérieure d'un herpès ou de gale ou hyperthermique,
- maman épileptique non contrôlée,
- maman prenant des drogues somnifères.

Mécanismes biologiques et psychosociologiques

- Thermorégulation et économie énergétique : Le contact peau-à-peau maintient une température néonatale stable nécessite d'une couveuse, favorisant la prise de poids (Charpak 2007; Charpak 2021; Aryadevi 2025).
- Stimulation hormonale et comportementale : Le contact prolongé augmente la libération d'ocytocine maternelle et néonatale, facilitant l'attachement, la mise au sein et la succion efficace. L'ocytocine module aussi le stress et favorise des comportements d'apaisement. (Charpak 2007; Charpak 2021).
- Stabilité cardiorespiratoire et régulation autonome : Le SMK diminue la fréquence cardiaque au repos, réduit les épisodes de bradycardie et d'apnée et améliore la saturation en oxygène, via l'amélioration du tonus vagal et une réduction du stress

provoqué par le système sympathique chez le nourrisson (De Leeuw 1991; Montealegre 2020; Charpak 2021).

- Renforcement de l'allaitement et nutrition : en favorisant des mises au sein plus fréquentes et un allaitement exclusif, le SMK améliore l'apport nutritionnel, la prise de poids et la protection immunitaire transmise par le lait maternel, ce qui contribue directement à la réduction de la morbidité et de la mortalité néonatales (Ruiz-Peláez 2007; Charpak 2007; Mekonnen 2019; Charpak 2021; Cadavid 2025).
- Modulation immunitaire et réduction des infections : le contact peau-à-peau et l'allaitement favorisent la colonisation microbienne maternelle bénéfique et l'apport d'anticorps, réduisant les infections nosocomiales et l'incidence de sepsis chez les nouveau-nés de faible poids (Charpak 2021).
- Réduction du stress et meilleure maturation neurologique : la diminution des marqueurs de stress (cortisol) et l'augmentation des périodes de sommeil calme favorisent la maturation cérébrale et une meilleure régulation comportementale à court et moyen terme (Tessier 2003; Charpak 2007; Schneider 2012 ; Suffren 2017; Charpak 2021; Charpak 2022; Charpak 2024).
- Stimulation sensorielle et affective précoce (toucher, odeur, voix, regard) favorisant le développement du cerveau social et la régulation du stress (Tessier 2009; Schneider 2012; Suffren 2017; Aldana 2019; Charpak 2021).
- Renforcement des compétences parentales et de l'attachement, avec effets protecteurs sur le développement de l'enfant et la santé mentale parentale (Tessier 1998; Charpak 2007; Tessier 2009; Varela 2014; Charpak 2021; Attanasio 2024).

Public répondeur

Nouveau-né prématuré (<37 semaines) et/ou de petit poids de naissance (≤ 2500 g) cliniquement dès la naissance (SMK immédiat) (OMS, 2022; OMS 2023; OMS 2025) ou si cela est impossible car enfant est critique, le SMK se fait après stabilisation initiale (respiration autonome ou support minimal, hémodynamique stable) (Charpak 1997; OMS 2025).

Public non répondeur

- Nouveau-né en état critique incapable de respirer sans support respiratoire (détresse respiratoire non contrôlée, hémodynamique instable, besoin de ventilation invasive incompatible).

- Mère ou autre donneur en état instable: présence d'infection non contrôlée, incapacité physique à maintenir la position kangourou ou incapacités temporaires.

Participants

Individuel

Durée

Idéale 24 heures, minimum 8h plus incubateur le reste des 24 heures.

Nombre de séances par semaine

Généralités: tous les jours. Il faut installer des unités de soins intensifs mère enfant, si impossible les Unités néonatales, y compris les unités de soins intensifs doivent être ouvertes 24 heures/24 avec une installation qui permette aux parents de rester les 24 heures s'ils le désirent (siège confortable, support pour la position kangourou, douche, salle de repos et de rencontre et d'alimentation) (Ruiz-Pelaez 2007; Charpak 2021).

Début: dès stabilisation clinique (et, selon les nouvelles recommandations de l'OMS, idéalement dès la naissance pour tous les bébés prématures ou de PPN lorsqu'un contexte sécurisé le permet).

Intensité: contact peau à peau pendant au moins 8 heures par jour, avec pour objectif un portage continu 24/7 les premiers jours/semaines.

Durée: maintien de la méthode (position + allaitement + suivi) au moins jusqu'à 40-41 semaines d'âge gestationnel et 2500g (terme présumé de la grossesse); La Méthode Mère Kangourou original intègre un suivi à haut risque jusqu'à au moins 12 mois d'âge corrigé.

Qualité: protocoles écrits, formation spécifique des équipes, éducation structurée des parents, critères clairs d'éligibilité, de sortie et de fin de MMC.

Procédure

La méthode mère kangourou diminue la mortalité notamment des enfants prématurés y/o de PPN, elle est utilisable dans tous les pays du monde (Charpak 2007; Nyqvist 2010; Mukamurigo 2017; Kusari 2019; Charpak 2020; Mony 2021; Darmstadt 2023; Pallás-Alonso 2023; Pathak 2023; Tumukunde 2023; Charpak 2024; Laus 2025). Elle est préconisée par l'OMS (2025) dans les pays développés et dans les pays en voie de développement où les ressources en couveuses sont limitées (Charpak 2006). C'est une intervention peu coûteuse (Ruiz-Peláez 2007; Nyqvist 2010; Ruiz-Peláez 2017; Cattaneo 2018; Narciso 2022) mais qui demande un changement de pratique et une organisation différente des unités néonatales et de soins intensifs (Charpak 2001; Ruiz-Peláez 2004; Ruiz-Peláez 20014;

Bergh 2012).

L'INM introduit également les parents comme participants principaux des soins de leur enfant (Tessier 2009; Charpak 2017). La Méthode Mère Kangourou est un modèle de soins pour les nouveau-nés prématurés ou de petit poids de naissance, basé sur trois composantes indissociables :

1. Contact peau à peau prolongé en position verticale ("position kangourou"),
2. Alimentation au lait maternel (si possible exclusive),
3. Sortie précoce à la maison en position kangourou et suivi ambulatoire structuré jusqu'à un âge corrigé prédéfini.

Le contact peau-à-peau précoce continu et prolongé se fait au niveau du thorax et de l'abdomen du parent. L'allaitement est exclusivement maternel si possible. La sortie de l'hôpital à la maison est précoce en position kangourou et sous nutrition kangourou avec un suivi stricte (Charpak 2001; Charpak 2006; Diaz 2017; Charpak 2023).

- Enseignement pratique aux mères (positionnement, signes d'alerte).
- Enregistrement des sessions (durée) et des incidents.
- Protocole écrit dans l'unité pour standardiser la pratique.

Bilan initial: réaliser un examen néonatal complet avec évaluation de l'âge gestationnel et du poids, taille et PC, vérification des dispositifs (tubes, O₂), évaluer l'état général de la mère et sa capacité à porter le bébé, infrastructure permettant le SMK 24/7.

Consentement et information: expliquer aux parents les objectifs, la durée attendue, les signes d'alerte et le plan de suivi et obtenir l'adhésion de la mère et de la famille.

Positionnement: Apprendre des positions sécurisées en peau-à-peau sur la poitrine, tête tournée de côté, menton dégagé, voies aériennes libres et fixer avec une écharpe ou un support adapté. Une bande de lycra de coton est utilisée dans le SMK original. Elle permet à la maman de dormir avec le bébé en position kangourou et permet à celui-ci de petit mouvement comme il avait dans le ventre de sa maison. La bande de lycra ou tout autre support est indispensable pour faire de le SMK 24/7.

Alternance: prévoir des temps de relais (père ou autre proche formé) si la mère est fatiguée ou indisponible, tout en maintenant la continuité du contact. Surveillance et sécurité clinique: surveiller régulièrement la température les premiers jours, la fréquence respiratoire, la coloration et la prise de poids, taille et Périmètre crânien du nouveau-né. Mesure les constantes cardiorespiratoires chez les nouveau-nés à risque en respectant la compatibilité avec le contact peau-à-peau. Connaître les signes d'alerte comme la cyanose, la détresse respiratoire, l'hypotonie, l'hypothermie sévère ou un malaise maternel entraînant l'arrêt du protocole et une réévaluation par l'équipe néonatale. Vérifier et fixer les cathéters, sondes et tubulures la mise en œuvre de l'INM (Charpak 2020).

Soutien maternel et allaitement: encourager et aider aux mises au sein fréquentes, au moins toutes les 2 heures.

Confort et hygiène: proposer un siège confortable, des pauses planifiées, un accès à la nourriture et l'hydratation pour la mère. Faire attention à l'hygiène des mains et des vêtements.

Formation pratique: démonstration du positionnement, gestion des tétées, reconnaissance des signes d'alerte et documentation des sessions.

Organisation du service et formation:

- Protocoles écrits: disposer d'un protocole local standardisé (critères d'entrée/sortie, surveillance, gestion des incidents, suivi post-sortie).
- Formation du personnel: sessions pratiques pour infirmières, sage-femmes et médecins sur positionnement, sécurité, communication avec les familles et documentation.
- Aménagement de l'espace: unité ou coin KMC calme, sièges adaptés, écharpes disponibles, balance et thermomètre à portée de main.

Sortie, suivi dans le PMC et continuité du SMK dans la famille et dans la communauté. Critères de sortie à la maison en position kangourou écrits pour le bébé, pour la maman et pour la famille. Si les critères ne sont pas complets, une sortie dans une salle mère enfant kangourou aménagée dans l'hôpital est toujours possible comme transition prudente à la sortie à la maison.

Plan de suivi : rendez-vous programmés tous les jours au début puis hebdomadaire ensuite dans un Programme Mère Kangourou (PMK) pour contrôle du poids (15g par Kg par jour jusqu'à ce que l'enfant arrive à 37 semaine d'âge gestationnel, puis de 8 à 11g par kg par jour jusqu'à 40 semaines d'âge gestationnel). Le poids et la taille et le périmètre crânien sont reportés sur des courbes standards choisies par le pays ou l'institution (ex. Fenton, IG21). Après 40 semaines les contrôles sont programmés mensuellement ou chaque mois et demi, les mesures anthropométriques sont reportées sur la courbe de l'OMS jusqu'à la fin du suivi. Le dépistage de déviations dans le développement neurologique, psychomoteur ou sensoriel se fera selon le protocole écrit du suivi: screening oculaire pour détecter la rétinopathie du prématuré, screening des problèmes d'audition ou de réfraction oculaire, screening neurologique des 40 semaines et répétées au moins tous les 3 mois durant le suivi à haut risque, screening psychomoteur réalisé au moins 2 fois et plus si anormal durant l'année de suivi, appui à l'allaitement, ajout de supplément si nécessaire, introduction de l'alimentation complémentaire et suivi de la croissance somatique. Les vaccins sont réalisés selon l'âge chronologique et reportés dans le carnet de santé. Des contacts téléphoniques ou visites à domicile sont possibles si les parents ne viennent pas aux rendez-vous.

Lien avec la communauté: informer et former les agents de santé communautaires pour soutenir le SMK à domicile et repérer ou recevoir les complications. Documentation et amélioration continue. Histoire clinique kangourou intrahospitalière et durant le suivi dans un PMK plus carnet de santé MMK pour le parent rempli à chaque consultation.

Indicateurs qualité: taux de mise en œuvre, durée moyenne de KMC par jour, taux

d'allaitement exclusif, réadmissions néonatales.

Enfant

- Mortalité (néonatale, avant 40–41 SA, à 6–12 mois).
- Complications majeures: infections sévères, sepsis probable, hypothermie, détresse respiratoire, ré-hospitalisations durant le suivi dans un PMK
- Croissance: poids, taille, périmètre crânien (z-scores, rattrapage) aux points clés (Durant l'hospitalisation, sortie, 40–41 SA, 3–6–12 mois).
- Allaitement: taux d'allaitement exclusif et de toute forme d'allaitement à la sortie, à 3 et 6 mois.
- Neurodéveloppement: scores de développement psychomoteur (Griffiths, Bayley ou équivalent), troubles sensoriels, troubles moteurs (à 40 semaines d'âge gestationnel, à 3, 6, 9, 12, 18 et 24 mois d'âge corrigé, diagnostic de paralysie cérébrale), troubles de comportements, problèmes auditifs ou visuels, résultats scolaires à long terme quand disponibles.

Parents / famille

- Attachement mère–enfant et qualité de la relation (échelles validées)
- Santé mentale parentale (dépression, anxiété, stress post-traumatique).
- Sentiment de compétence parentale, satisfaction vis-à-vis des soins durant l'hospitalisation et le suivi dans un PMK.

Système de santé

- Durée moyenne de séjour en unité néonatale.
- Taux d'occupation des incubateurs, nombre de lits libérés.
- Coûts directs par enfant (hospitalisation, examens, traitements) et coûts évités.
- Couverture du SMK (proportion de prématurés/PPN éligibles effectivement pris en charge en SMK).

Composants

Position kangourou

Moment d'initiation: dès que l'enfant est né et stabilise, sauf état critique malgré la réanimation initiale (OMS 2022; OMS 2025).

Positionnement: vertical, peau-à-peau sur la poitrine de la mère, du père (Ruiz-Pelaez 2007; Varela 2014; Dong 2022) ou d'un autre « donneur de peau » le cas échéant, tête tournée de côté, menton dégagé, voies aériennes libres. Maintenir une fixation sûre pour éviter tout glissement de l'enfant (écharpe, soutien, bande de lycra de coton de différentes tailles).

Durée et fréquence: maximiser le temps de contact, continu si possible ou au moins 8h par jour. Privilégier le contact prolongé aux sessions courtes et sporadiques (OMS 2022; OMS 2025).

- Bébé en position verticale, nu (sauf couche et bonnet et éventuellement une petite chemise sans manches ouverte), contre la poitrine nue du parent, maintenu par un bandeau ou une écharpe; tête en légère extension, voies aériennes dégagées.
- Contact peau à peau prolongé (idéalement "continu" ou le plus longtemps possible chaque jour), débutant dès que l'état clinique le permet, y compris en unité néonatale.
- Maintenu à l'hôpital puis à domicile, jusqu'à ce que l'enfant ne supporte plus la position kangourou, usuellement vers 38 semaines d'âge gestationnel quand il régule sa température, c'est lui qui décide de la sortie (Montealegre 2022).

Alimentation kangourou

Allaitement maternel exclusif quand cela est possible. Soutien actif pour les mises au sein fréquentes et surveillance de la prise de poids (Charpak 2005; Charpak 2007; Ruiz-Pelaez 2007; OMS 2022; OMS 2025).

- Promotion et appui pratique pour l'allaitement maternel exclusif: mise au sein précoce, soutien à l'expression de lait, techniques d'alimentation (sonde, tasse, re lactation) adaptées au prématuré.
- Suivi rapproché de la prise de poids, du transfert de la sonde au sein et de la croissance; supplémentation si nécessaire (fortifiants, compléments).

Surveillance clinique intra-hospitalière de la position kangourou et la nutrition kangourou

Mesures régulières de la température, observation de la respiration, coloration, succion et prise de poids. Personnel formé et disponible pour intervenir lors des transferts ou signes d'alerte (Ruiz-Pelaez 2007).

Suivi ambulatoire structuré

Possibilité de sortie précoce avec plan de suivi ambulatoire (contrôles de poids, allaitement, température) et consignes écrites pour la famille. Consultations fréquentes après la sortie: initialement tous les 1-3 jours, puis hebdomadaires jusqu'à 40 semaines âge gestationnel, puis espacées, tous les mois et demi, jusqu'à un âge corrigé prédéfini (Ruiz-Pelaez 2007; Charpak 2016).

- Contenu: évaluation clinique, croissance (poids, taille, PC), détection précoce des complications, soutien à l'allaitement, guidance parentale, dépistage du développement neuro-psychomoteur.
- Intégration dans un programme de suivi à haut risque à plus long terme quand disponible.

Matériel

- Support ou bande de lycra de coton (idéal) de différentes tailles, permettant un maintien vertical peau-à-peau permettant un maintien ferme et de petits mouvements de la part du bébé comme dans le ventre de sa mère et assurant la sécurité du nourrisson.
- Lit, fauteuil ou chaise confortables avec accoudoirs pour la mère permettant des sessions longues de peau à peau en position kangourou dans sans fatigue.
- Thermomètre pour contrôler la température du nouveau-né et de la mère pendant les premières 24 à 72 h.
- Balance électronique pèse-bébé (précision maximum 10 g) pour vérifier quotidiennement la prise pondérale et l'efficacité de l'allaitement.
- Fournitures d'hygiène (draps propres, serviettes, vêtements adaptés pour le bébé et la mère).

Lieu de pratique

Unités de néonatalogie / soins intensifs (Mother-NICU) en hôpitaux de niveau secondaire/tertiaire.

Bonnes pratiques de mise en œuvre

L'INM est recommandée par l'OMS (OMS 2022; Darmstadt 2023; Charpak 2024; OMS 2025) comme une pratique standard de soins pour tous les nouveau-nés, pour tous les pays, dès la naissance, particulièrement dans les pays en voie de développement où elle baisse drastiquement la mortalité de ces enfants fragiles.

Le SMK nécessite une formation des professionnels à appliquer un protocole structuré à la naissance, durant le transfert à l'unité néonatale, Dans l'unité néonatale jusque à la sortie, dans la salle mère enfant kangourou durant une éventuelle transition à la maison durant le suivi jusqu'au terme puis durant le suivi à haut risque (Charpak 2000; Charpak 2006; Bergh 2012; Charpak 2015; Cattaneo 2018; Charpak 2020; Pallás-Alonso 2023; Sivanandan 2023).

Le SMK exige une organisation rigoureuse pour garantir la sécurité clinique et soutenir la mère et la famille tout au long du séjour et après la sortie (Nyqvist 2010; Bergh 2012; Cattaneo 2018; Pallás-Alonso 2023).

Bonnes pratiques de pérennisation

- Maintenir le contact peau-à-peau en position kangourou aussi longtemps que possible dès la naissance, chaque jour, surtout les premières semaines. Alternier avec un proche

formé si la mère est fatiguée (Charpak 2021; Darmstadt 2023; Charpak 2024).

- Favoriser l'allaitement, pas à la demande mais à des intervalles très réguliers selon le poids et l'âge gestationnel. Apprendre à la maman à réveiller son bébé et à la mise au sein fréquente. Demander de l'aide pour la mise en position kangourou et l'attache si nécessaire (Ruiz-Peláez 2007; Charpak 2007).
- Ritualiser des moments de proximité (tétée, portage, caresse, parole, sommeil calme) pour structurer la journée et renforcer l'attachement (Charpak 2021).
- Veiller au sommeil sécurisé: coucher le bébé sur le dos dans un environnement sûr quand il n'est plus en position kangourou s'endormir avec le bébé en position kangourou maintenu par une bande de lycra ou un autre support et dans une position légèrement surélevée (15 à 20 degrés).
- Surveiller la santé et le développement avec des pesées régulières selon le calendrier recommandé.
- Respecter les consultations post-natales et le suivi vaccinal en signalant tout retard de croissance, de fièvre ou de difficulté d'alimentation (Charpak 2021).
- Surveiller la température et la respiration du nourrisson et consulter immédiatement en cas de signes d'alerte (détresse respiratoire, léthargie, refus de téter).
- Prioriser le repos et la nutrition maternelle par une alimentation équilibrée, une hydratation et des pauses régulières (Charpak 2021).
- Surveiller la santé mentale en repérant une tristesse persistante, une anxiété ou des difficultés d'attachement (solliciter un soutien professionnel si besoin).
- Organiser des relais familiaux pour permettre à la mère de récupérer (père, grands-parents, aidants formés).
- Réaliser une éducation continue sur l'allaitement, le portage et la reconnaissance des signes d'alerte (Charpak 2021).
- Impliquer le père et la famille dans le portage, les soins et le soutien émotionnel (Charpak 2021).
- Créer ou rejoindre des groupes de pairs pour un échange d'expériences, des conseils pratiques et du soutien moral (Charpak 2021).
- Coordonner avec les professionnels de santé de proximité pour des visites à domicile et le suivi rapproché après la sortie dans un programme mère kangourou avec l'équipe multidisciplinaire.
- Documenter les sessions (durée quotidienne, tétées, incidents) pour partager avec l'équipe de santé lors des suivis (Charpak 2021).
- Respecter les rendez-vous de suivi et demander un plan de réévaluation si l'enfant ou la mère présente un problème (Charpak 2006).
- Adapter le SMK à l'évolution du bébé (refus de la position kangourou quand il commence à réguler sa température. Pas de bain d'immersion durant la position kangourou mais nettoyage soigneux).
- Sécuriser les dispositifs médicaux lors du portage (vérifier les sondes et les cathéters

avant chaque session) durant l'hospitalisation néonatale (Charpak 2021).

- Se laver les mains avant les tétées et maintenir un environnement propre (Charpak 2021).
- Établir un plan d'urgence (savoir où et comment consulter rapidement en cas de fièvre, de difficultés respiratoires ou tout autre signe d'alerte).

Précautions

- La mise en œuvre du SMK nécessite un soutien familial et des protocoles de sécurité (surveillance respiratoire, allaitement). Des barrières peuvent aussi exister chez des professionnels de santé (Hendricks-Munoz 2014).
- Sécuriser les dispositifs médicaux pour éviter tout traction ou déconnexion (tubes, cathéters, O₂).
- Arrêter immédiatement en cas de détresse respiratoire (cyanose, hypotonie, hypothermie sévère ou malaise maternel...).
- Appliquer le SMK dès la naissance si possible (OMS 2022; OMS 2025; Chi 2026) si le nouveau-né est cliniquement stable (respiration autonome ou support minimal stable, pas d'instabilité hémodynamique) et si l'équipe peut assurer une surveillance rapprochée (Gupta 2025).
- Mettre en œuvre le KMC immédiat dès la naissance quand un contexte sécurisé le permet (OMS 2025; Tumukunde 2024; Charpak 2024; Chi 2026).
- Vérifier que la mère (ou le « donneur de peau ») est apte (conscience, absence d'infection active non contrôlée, capacité à maintenir la position), n'a pas de contraindication temporaire au portage et informée des signes d'alerte (Coughlin 2009).
- Positionner le nourrisson en contact peau-à-peau vertical, tête tournée, voies aériennes dégagées, et fixer correctement pour éviter glissement ou obstruction des voies respiratoires avec une bande de lycra de coton ou un autre support.
- Monitorer température, respiration, coloration, succion et signes d'inconfort; mesurer la température corporelle du bébé régulièrement et surveiller l'allaitement/prise de poids.
- Privilégier un espace calme, un siège adapté, un éclairage suffisant et un personnel formé disponible pour les transferts et en cas de complication.
- Arrêter immédiatement les SMK si le bébé présente détresse respiratoire, pâleur/cyanose, hypotonie, hypothermie sévère, saignement ou si la mère se sent mal (syncope, malaise).
- Documenter chaque session (durée, température, alimentation, incidents) et prévoir suivi post-sortie pour la croissance et l'allaitement et le développement neuro psychomoteur et sensoriel dans un PMK (Charpak 2024)
- Prévoir une alternance en cas de fatigue maternelle (Charpak 2021).

Caractéristiques réglementaires

Sur prescription médicale.

Initiateur principal

Les SMK a été développée empiriquement à l'Hôpital Materno Infantil de Bogotá en Colombie dans les années 1970 pour pallier le manque de couveuses puis à partir de 1989 a été évalué, systématisé et diffusé par la Fondation Kangourou de Bogota (« Fundacion Canguro »).

Qualification requise

Infirmière, psychologue, sage-femme et médecin formés aux SMK.

Bibliographie

Étude prototypique

Charpak N et al. Kangaroo mother versus traditional care for newborn infants ≤ 2000 grams: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 1997 Oct;100(4):682-8. <https://doi.org/10.1542/peds.100.4.682>

Étude mécanistique

De Leeuw R et al. Physiological effects of kangaroo care in very small preterm newborns. *Biol Neonate* 1991;59(3):149-155. <https://doi.org/10.1159/000243337>

Études interventionnelles

Charpak N et al. A randomized, controlled trial of kangaroo mother care: results of follow-up at 1 year of corrected age. *Pediatrics*. 2001 Nov;108(5):1072-9. <https://doi.org/10.1542/peds.108.5.1072>

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):1-9. <https://doi.org/10.31579/2642-9756/092>

Étude des risques

Minotti C et al. All-cause mortality and infection-related outcomes of hospital-initiated kangaroo care versus conventional neonatal care for low-birthweight infants: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Child Adolesc Health*. 2025 Jul;9(7):470-483. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(25\)00130-0](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(25)00130-0)

Montealegre-Pomar A et al. Systematic review and meta-analysis suggest that Kangaroo position protects against apnoea of prematurity. *Acta Paediatr.* 2020 Jul;109(7):1310-1316. <https://doi.org/10.1111/apa.15161>

Étude d'implémentation

Mony PK et al. Scaling up kangaroo mother care in Ethiopia and India: a multi-site implementation research study. *BMJ Glob Health.* 2021;6(9):e005905. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005905>

Autres publications

Aboubaker et al. WHO expert consultative group on small and/or sick newborn indicators for Every Newborn Action Plan. Measuring ENAP interventions for small and/or sick newborns in routine health information systems: indicators and considerations from a WHO expert consultation. *J Glob Health.* 2025 May 9;15:04134. <https://doi.org/10.7189/jogh.15.04134>

Aldana Acosta AC et al. Randomised controlled trial on the impact of kinesthetic stimulation on early somatic growth of preterm infants in Kangaroo position. *Acta Paediatr.* 2019 Jul;108(7):1230-1236. <https://doi.org/10.1111/apa.14675>

Als H et al. The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) with Kangaroo Mother Care (KMC): Comprehensive Care for Preterm Infants. *Curr Womens Health Rev.* 2011 Aug;7(3):288-301. <https://doi.org/10.2174/157340411796355216>

Angulo DA et al. A Multi-facetted Visual Analytics Tool for Exploratory Analysis of Human Brain and Function Datasets. *Front Neuroinform.* 2016 Aug 23;10:36. <https://doi.org/10.3389/fninf.2016.00036>

Aryadevi NNB et al. Immediate kangaroo mother care: a narrative review of the benefits and barriers. *World J Pediatr.* 2025 Nov 14. <https://doi.org/10.1007/s12519-025-00993-5>

Attanasio O et al. Parental investments and skills formation during infancy and youth: Long term evidence from an early childhood intervention (Working Paper No. 32851). National Bureau of Economic Research, 2024. <https://doi.org/10.3386/w32851>

Bergh AM et al. Education and training in the implementation of kangaroo mother care. *SAJCH* 2012;6(2). <https://www.ajol.info/index.php/sajchh/article/view/80904>

Cadavid AM et al. Breastfeeding Ambulatory Supplementation With Preterm Formula Versus Fortifiers Achieves Similar Growth at 40 Weeks: A Pilot Study in Preterm Infants. *Acta Paediatr.* 2025 Dec 12. <https://doi.org/10.1111/apa.70414>

Cattaneo A et al. Report on an international workshop on kangaroo mother care: lessons learned and a vision for the future. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018 May 16;18(1):170. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1819-9>

Charpak N et al. Curso clínico y pronóstico a un año de una cohorte de prematuros dados de alta con oxígeno domiciliario en Bogotá, Colombia [The clinical course and one year forecast for a cohort of premature infants who were discharged with home oxygen in Bogota, Colombia]. *Rev Salud Publica (Bogota).* 2012 Jan-Feb;14(1):102-15. Spanish. <https://doi.org/10.1590/s0124-00642012000100009>

Charpak N et al. Evidence-Based Guidelines for the optimal use of the Mother Kangaroo Method in the Preterm and/or Low Birth Weight Newborn. Update 2007—2017. The Kangaroo Foundation, 2021. <https://fundacioncanguero.co/wp-content/uploads/2021/11/Clinical-Practice-Guidelines-2007-2017.pdf>

Charpak N et al. Follow-up of Kangaroo Mother Care programmes in the last 28 years: results from a cohort of 57 154 low-birth-weight infants in Colombia. *BMJ Glob Health.* 2023 May;8(5):e011192. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-011192>

Charpak N et al. Kangaroo mother care had a protective effect on the volume of brain structures in young adults born preterm. *Acta Paediatr.* 2022;111(5):1004–1014. <https://doi.org/10.1111/apa.16265>

Charpak N et al. Kangaroo Mother Care: 25 years after. *Acta Paediatr.* 2005 May;94(5):514-22. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2005.tb01930.x>

Charpak N et al. KMC and Brain Development: A Plea for Starting KMC as Early as Possible and as Long as Possible. *Journal of Neonatology.* 2024;38(2):191-201. <https://doi.org/10.1177/09732179241235479>

Charpak N et al. Perinatal risk factors in ex-preterm and/or low birthweight Colombian young adults: a retrospective cohort study on auditory and visual impairments. *Lancet Reg Health Am.* 2024 Nov 5;39:100921. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100921>

Charpak N et al. Strategies discussed at the XIIIth international conference on Kangaroo mother care for implementation on a countrywide scale. *Acta Paediatr.* 2020 Nov;109(11):2278-2286. <https://doi.org/10.1111/apa.15214>

Charpak N et al. Systematic review and meta-analysis suggest that the duration of Kangaroo mother care has a direct impact on neonatal growth. *Acta Paediatr.* 2021 Jan;110(1):45-59. <https://doi.org/10.1111/apa.15489>

Charpak N et al. Twenty year follow-up of kangaroo mother care versus traditional care. *Pediatrics.* 2017;139(1):e20162063. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2063>

Charpak N et al. Discriminant ability of the Infant Neurological International Battery (INFANIB) as a screening tool for the neurological follow-up of high-risk infants in Colombia. *Acta Paediatr.* 2016 May;105(5):e195-9. <https://doi.org/10.1111/apa.13377>

Charpak N et al. Calidad del seguimiento clínico y neurológico en una cohorte de recién nacidos muy prematuros, 2002-2012 [Quality of clinical and neurologic monitoring in a cohort of extremely premature infants, 2002-2012]. *Rev Salud Publica (Bogota).* 2015 Jul;17(4):500-513. Spanish. <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n4.53273>

Charpak N et al. Twenty-year Follow-up of Kangaroo Mother Care Versus Traditional Care. *Pediatrics.* 2017 Jan;139(1):e20162063. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2063>

Charpak N et al. Kangaroo mother care had a protective effect on the volume of brain structures in young adults born preterm. *Acta Paediatr.* 2022 May;111(5):1004-1014. <https://doi.org/10.1111/apa.16265>

Chi LK et al. Immediate Kangaroo Mother Care in a Cohort of Low-Birth-Weight Infants (Less Than 1800 g) in Vietnam. *Acta Paediatr.* 2026 Jan 11. <https://doi.org/10.1111/apa.70444>

Conde-Agudelo A et al. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2016(8):CD002771. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002771.pub4>

Cortés D et al. Comparing long-term educational effects of two early childhood health interventions. *J Health Econ.* 2022 Dec;86:102693. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102693>

Coughlin M et al. Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. *J Adv Nurs.* 2009;65(10):2239–2248 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05052.x>

Cristo Borrero M et al. Bayley-III and Griffiths-II scales performance in a cohort of premature infants followed in Colombia. *Early Hum Dev.* 2022 Oct;173:105660. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2022.105660>

Darmstadt GL et al. WHO Global Position Paper and Implementation Strategy on kangaroo mother care call for fundamental reorganisation of maternal-infant care. *Lancet.* 2023 May 27;401(10390):1751-1753. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01000-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01000-0)

Dong Q et al. Exploratory study of fathers providing kangaroo care in a neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs.* 2022; epub ahead of print. <https://doi.org/10.1111/jocn.16405>

Gupta S et al. A clinical practice guide to transform care and save newborn lives with kangaroo mother care. *Lancet*. 2025 Nov 14;S0140-6736(25)02173-7. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)02173-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)02173-7)

Gupta S et al. A clinical practice guide to transform care and save newborn lives with kangaroo mother care. *Lancet*. 2026 Jan 3;407(10523):7-9. doi: 10.1016/S0140-6736(25)02173-7

Hendricks-Munoz KD et al. A neonatal nurse training program in kangaroo mother care (KMC) decreases barriers to KMC utilization in the NICU. *Am J Perinatol*. 2014 Nov;31(11):987-92. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1371359>

Johnston C et al. Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2(2):CD008435. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008435.pub3>

Khanna A et al. Impact of kangaroo mother care on continuous positive airway pressure success in preterm newborns: a randomized controlled trial. *J Trop Pediatr*. 2025 Oct 23;71(6):fmaf049. <https://doi.org/10.1093/tropej/fmaf049>

Kusari A et al. Evidence-based skin care in preterm infants. *Pediatr Dermatol*. 2019;36(1):16-23. <https://doi.org/10.1111/pde.13725>

Laus G et al. Early Kangaroo Mother Care in Preterm Infants, Implications, Timing, and Feasibility: A Systematic Review. *Adv Neonatal Care*. 2025 Dec 30. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000001335>

Mazumder S et al. Effect of community-initiated kangaroo mother care on survival of newborns with low birth-weight: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2019;394(10210):1724-1736. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32223-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32223-8)

Mekonnen AG et al. The effects of kangaroo mother care on the time to breastfeeding initiation among preterm and LBW newborns: a meta-analysis of published studies. *Int Breastfeed J*. 2019;14(12). <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0206-0>

Montealegre-Pomar A et al. Systematic review and meta-analysis suggest that Kangaroo position protects against apnoea of prematurity. *Acta Paediatr*. 2020 Jul;109(7):1310-1316. <https://doi.org/10.1111/apa.15161>

Montealegre-Pomar A, Charpak N. Individual factors determine how long infants born preterm or with a low birth weight need to be kept in the Kangaroo position. *Acta Paediatr*. 2022 Feb;111(2):305-306. 10.1111/apa.16168

Montealegre-Pomar ADP et al. Anemia, nutrition, and ambulatory oxygen weaning in a cohort of oxygen-dependent premature infants. *Pediatr Pulmonol*. 2021 Jun;56(6):1601-1608. 10.1002/ppul.25288

Mukamurigo JU et al. Associations between perceptions of care and women's childbirth experience: a population-based cross-sectional study in Rwanda. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):181. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1363-z>

Narciso LM et al. The effectiveness of Kangaroo Mother Care in hospitalization period of preterm and low birth weight infants: systematic review and meta-analysis. *J Pediatr (Rio J)*. 2022 Mar-Apr;98(2):117-125. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2021.06.004>

Nyqvist KH et al. State of the art and recommendations. Kangaroo mother care: application in a high-tech environment. *Acta Paediatr*. 2010 Jun;99(6):812-9. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.01794.x>

Pallás-Alonso C et al. XIII International Conference on Kangaroo Mother Care - Different opinions, experiences and related KMC issues: Good practices, stabilisation concept, nutrition and basic respiratory support. *Acta Paediatr*. 2023 Dec;112(12):2478-2485. <https://doi.org/10.1111/apa.16960>

Pathak BG et al. Effects of kangaroo mother care on maternal and paternal health: systematic review and metaanalysis. *Bull World Health Organ*. 2023;101(6):391-402G. <https://doi.org/10.2471/BLT.22.288977>

Ropars S et al. The long-term effects of the kangaroo mother care intervention on cognitive functioning: results from a longitudinal study. *Dev Neuropsychol*. 2018;43(1):82-91. <https://doi.org/10.10>

[80/87565641.2017.1422507](https://doi.org/10.1080/87565641.2017.1422507)

Ropars S et al. The long-term effects of the Kangaroo Mother Care intervention on cognitive functioning: Results from a longitudinal study. *Dev Neuropsychol.* 2018 Jan;43(1):82-91. <https://doi.org/10.1080/87565641.2017.1422507>

Ruiz JG et al. 73 Evidence-Based Guidelines for the Use of the Kangaroo Mother Care (KMC): Method in Stable Lbw Infants in Colombia. *Pediatr Res.* 2010; 68(Suppl1):485. <https://doi.org/10.1203/00006450-201011001-00973>

Ruiz JG 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 <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.10.007>

Saxton A et al. Does skin-to-skin contact and breast feeding at birth affect the rate of primary postpartum haemorrhage: results of a cohort study. *Midwifery.* 2015;31(11):1110–1117. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.07.008>

Schneider C et al. Cerebral motor function in very premature-at-birth adolescents: a brain stimulation exploration of kangaroo mother care effects. *Acta Paediatr.* 2012 Oct;101(10):1045-53. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2012.02770.x>

Sinha B et al. Effect of Community-Initiated Kangaroo Mother Care on Postpartum Depressive Symptoms and Stress Among Mothers of Low-Birth-Weight Infants: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open.* 2021 Apr 1;4(4):e216040. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.6040>

Sivanandan S et al. Kangaroo mother care for preterm or low birth weight infants: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Glob Health.* 2023 Jun;8(6):e010728. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-010728>

Suffren S et al. Long-term attention deficits combined with subcortical and cortical structural central nervous system alterations in young adults born small for gestational age. *Early Hum Dev.* 2017 Jul;110:44-49. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2017.04.016>

Tessier R et al. Kangaroo Mother Care, home environment and father involvement in the first year of life: a randomized controlled study. *Acta Paediatr.* 2009 Sep;98(9):1444-50. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2009.01370.x>

Tumukunde V et al. Effectiveness of kangaroo mother care before clinical stabilisation versus standard care among neonates at five hospitals in Uganda (OMWaNA): a parallel-group, individually randomised controlled trial and economic evaluation. *Lancet.* 2024 Jun 8;403(10443):2520-2532. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00064-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00064-3)

World Health Organisation. Kangaroo mother care: a clinical practice guide. WHO, Geneva, 2025. <https://www.who.int/publications/m/item/kangaroo-mother-care--a-clinical-practice-guide>

Zhu Z et al. The efficacy of Kangaroo-Mother care to the clinical outcomes of LBW and premature infants in the first 28 days: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Front Pediatr.* 2023 Feb 27;11:1067183. <https://doi.org/10.3389/fped.2023.1067183>

Auteur(s) de la fiche

CHARPAK Nathalie

Date de création : **07/05/2026**

Date de révision : **13/05/2026**

Version : **V01**

Soin Mère Kangourou, Référentiel NPIS des INM, Fiche code NPIS-0000000118, Version V01, 2026.

Lien vers la fiche online : [cliquez-ici](#).

Suggérez une amélioration : Rendez-vous sur sa fiche numérique de la plateforme du Référentiel NPIS des INM [en cliquant-ici](#).

Contacter la NPIS

5, rue des Reculettes, 75013 Paris - France

Tél. : +33 (0)1 56 79 17 91

Non Pharmacological Intervention Society - Société savante d'intérêt général à but non lucratif

Nos soutiens



Nos partenaires



Information réglementaire et précaution :

Toute exploitation ou reproduction nécessite une autorisation préalable de la NPIS. Toute référence et toute citation doit faire mention du Référentiel NPIS des INM.

Le lecteur reconnaît utiliser ces informations sous sa responsabilité exclusive.

La NPIS n'a pas vocation à répondre à des questions sur un cas personnel ou celui d'un proche. Celles-ci doivent être posées à un professionnel de santé. Rien ne remplace la consultation d'un médecin.

La fiche INM contient des liens bibliographiques vers d'autres sources dont la NPIS décline toute responsabilité quant à leur contenu.

Tous droits réservés © 2026 NPIS