



Barrières à l'implémentation de la Méthode Mère Kangourou dans trois formations sanitaires de la région du centre Cameroun

Barriers to the implementation of the Mother Kangaroo Method in three health facilities in the central region of Cameroon

Ehouzou Mandeng MN^{1,2,3}; Amor Ndjabo M⁴; Bilo'o LL^{3,9}; Simé Tchouamo AA^{5,6};
Abouamé Palma H^{7,8}; Nyemb Mbog GJT^{10,11}; Kimessoukié Omolomo E⁸; Ngo Um Sap S^{3,10};
Kalla GCM^{1,11}

Article Original

1. Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé, Cameroun
2. Hôpital de Référence de Sangmélina, Cameroun
3. Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutique de Sangmélina, Université d'Ebolowa, Cameroun
4. Ecole des Sciences de la Santé de l'Université Catholique d'Afrique Centrale, Yaoundé, Cameroun
5. Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de Dschang/Université de Dschang
6. Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, Cameroun
7. Hôpital Régional de Garoua, Cameroun
8. Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Garoua/ Université de Garoua, Cameroun
9. Centre Hospitalier Régional, Ebolowa, Cameroun
10. Centre Mère-Enfant de la Fondation Chantal Biya, Yaoundé, Cameroun
11. Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Yaoundé I, Cameroun

Auteur correspondant: Marcelle Nina Ehouzou Mandeng, Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutique de Sangmélina, Université d'Ebolowa, Email: ehouzoumandeng@gmail.com, Tel (+237)680638366

Keys words: Kangaroo Mother Care, Implementation barriers, Preterm infants, Neonatal care, Cameroon
Mots clés : Méthode Mère Kangourou, Barrières d'implémentation, Prématurité, Soins néonataux, Cameroun

Date de soumission: 11/11/2025
Date d'acceptation: 09/12/2025

RESUME

Introduction : La Méthode Mère Kangourou (MMK) est une approche recommandée par l'OMS pour réduire la mortalité néonatale chez les prématurés et nouveau-nés de faible poids. Le but de cette étude était d'identifier les barrières à l'implémentation de la MMK dans trois formations sanitaires.

Méthodes : Nous avons mené une étude transversale qualitative avec collecte rétrospective des données dans trois établissements. Les données étaient collectées par entretien semi-structuré auprès de 21 participants de la chaîne décisionnelle (administrateurs, médecins, infirmières, sages-femmes). L'analyse s'est basée sur le modèle de suivi de progrès de Bergh et al., structuré en trois phases : pré-implémentation, implémentation et institutionnalisation.

Résultats : Plusieurs barrières majeures ont été identifiées. En pré-implémentation l'on notait une implication administrative faible, des difficultés de recrutement du personnel qualifié, le non-respect des normes infrastructurelles de la MMK. Durant l'implémentation : communication difficile avec les mères due aux barrières linguistiques et culturelles, obstacles liés aux mères (absentéisme, instabilité médicale), réticence familiale notamment des seconds porteurs, faible implication du personnel post-projet, obstacles. Durant la phase de l'institutionnalisation il a été noté des difficultés d'accès au suivi ambulatoire et l'absence d'incitations financières après le projet.

Conclusions : L'implémentation effective de la MMK au Cameroun nécessite un leadership administratif renforcé, une amélioration des infrastructures selon les normes requises, une formation continue du personnel, et des stratégies de communication adaptées au contexte socioculturel local.

ABSTRACT

Background: Kangaroo Mother Care (KMC) is a WHO-recommended approach to reduce neonatal mortality among preterm and low birth weight infants. This study aimed to identify barriers to KMC implementation in three health facilities in the Centre Region of Cameroon.

Methods: We conducted a cross-sectional qualitative study with retrospective data collection in three health facilities that participated in the DIB project: Yaoundé University Teaching Hospital, Yaoundé Gyneco-Obstetric and Pediatric Hospital, and Bafia District Hospital. Data were collected through semi-structured interviews with 21 participants from the decision-making chain (administrators, physicians, nurses, midwives). Analysis was based on Bergh et al.'s progress monitoring model, structured in three phases: pre-implementation, implementation, and institutionalization.

Results: Several major barriers were identified. During pre-implementation: weak administrative involvement, difficulties in qualified staff availability, and non-compliance with infrastructural standards. During implementation: difficult communication with mothers due to linguistic and cultural barriers, mother-related obstacles (absenteeism, medical instability), family reluctance particularly from second carriers, weak post-project staff involvement, breastfeeding obstacles including "ndiba" cultural beliefs. During Institutionalization: difficult access to ambulatory follow-up care and Lack of financial incentives after project completion particularly affected staff engagement.

Conclusions: Effective KMC implementation in Cameroon requires strengthened administrative leadership, infrastructure improvements according to required standards, continuous staff training, and communication strategies adapted to the local sociocultural context. Sustainable incentives and accessible ambulatory follow-up systems are essential for successful scaling-up of this life-saving intervention.

DOI : <https://doi.org/10.64294/jsd.v3i4.198>

Introduction

La Méthode Mère Kangourou (MMK) est une méthode de soins pour les nouveau-nés prématurés ou de faible poids de naissance dont le procédé repose sur un contact peau à peau entre le bébé et la mère (ou un adulte de substitution), sur un allaitement maternel exclusif et une sortie précoce de l'hôpital (1). Dans le monde, la prématurité est l'une des principales causes de la mortalité néonatale. Au Cameroun, selon l'EDS 2018, la mortalité néonatale est élevée et stagne à 28 ‰ depuis 2014 (2). Pour réduire cette mortalité, en 2017, le Cameroun a adopté la recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) visant à vulgariser la MMK dans tous les pays en développement (3). Le projet « Development Impact Bond » (DIB néonatal camerounais) a été mis en place dans dix établissements de santé au Cameroun pour une période de deux ans (de Janvier 2019 à Janvier 2021), dans l'optique d'implémenter la MMK de qualité au Cameroun (4). L'objectif à la fin de ce projet était la mise en œuvre progressive de la pratique de la MMK de qualité sur l'ensemble du territoire national (5,6). En prélude à cette étape nous nous sommes proposé de déterminer les barrières à la mise en œuvre de la MMK dans trois formations sanitaires de la région du Centre, au Cameroun.

Méthodologie

Nous avons mené une étude transversale qualitative, à collecte prospective. Elle a été réalisée dans trois formations sanitaires de la région du Centre Cameroun, impliquées dans le projet « Development Impact Bond » (DIB néonatal camerounais). Il s'agissait du Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé (CHUY), l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY) qui sont deux formations sanitaires de catégorie 1 dotées de ressources humaines hautement qualifiées et l'Hôpital de District de Bafia (HDB) de catégorie 4 ayant à sa tête une sage-femme formée en MMK dans le cadre du projet DIB. L'implémentation de la MMK dans ces formations sanitaires s'est faite selon les étapes du modèle de suivi de progrès proposé par Bergh et al en 2005 en Afrique du Sud (7) (figure 1). Ce modèle de suivi a été conceptualisé autour de trois phases : pré-implémentation, implémentation et institutionnalisation (7). Les trois formations sanitaires étaient dotées des installations de base requises pour la pratique de la MMK (une ou plusieurs salles de couveuses, une chambre mère-enfant et une salle de consultation externe et ambulatoire). Le protocole de soins dans le cadre de la MMK était identique, à savoir basé sur le guide de prise en charge de la MMK proposé et validé par la Fundación Canguro de Colombie (1) et adapté aux conditions locales camerounaises par la « Fondation Kangourou Cameroun » (FKC). Certains soins d'urgences dans le protocole étaient gratuits ou supportés par le

projet DIB, tels que la mise sous oxygène, la pose d'un cathéter veineux ombilical. Dans chacune des formations sanitaires, un groupe de personnel constitué d'un médecin/pédiatre, deux infirmières, une sage-femme, un physiothérapeute et un psychologue clinicien avait reçu une formation en MMK dans le Centre d'Excellence de Formation en MMK à l'hôpital Laquintinie de Douala avant le début du projet (4). Une fois la formation terminée, l'équipe formée dans la MMK était tenue de faire une restitution avant le début du projet sur site. Les participants étaient le personnel de la chaîne décisionnelle et soignant desdites formations sanitaires. L'échantillonnage était non probabiliste de convenance jusqu'à l'atteinte de la saturation. La collecte des données s'est faite à l'aide d'un guide d'entretien semi-structuré afin de recueillir leurs verbatim selon les différentes phases d'implémentation de la MMK dans leurs formations sanitaires respectives. Aussi nous avons visité et observer l'effectivité de la pratique de la MMK toute la durée de l'étude de Janvier à Avril 2022. L'analyse de contenu s'est faite suivant les phases et dimensions du modèle de suivi de progrès de Bergh et al. (7). Toutes les autorisations administratives ont été obtenues avant le début de la collecte des données. Nous avons obtenu de l'Université Catholique d'Afrique Centrale et l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY) deux clairances éthiques dont les numéros de références étaient N°2021/020967/CEIRSH/ESS/MSP et N°256/CEIRSH/DM/2022 respectivement. Le consentement libre et éclairé a été obtenu des participants et l'anonymat a été respecté.

Résultats

L'effectif était constitué de 21 participants. L'âge moyen des participants était de 47,9 ans avec des extrêmes de 35 et 66 ans, un écart-type $\pm 9,46$ ans. Le sexe ratio était de 0,9 en faveur des femmes. Plus de la moitié des répondants soit 52,4% (n=11) était représentée par les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) suivis des médecins qui représentaient 29% (n=6). Cependant les administrateurs représentaient 14,3% (n=3) de notre population. Plus de la moitié des participants soit 66,6% (14) avait une expérience professionnelle de plus de 10ans. La majorité des participants soit 90,4% (19) était impliquée dans l'implémentation et la pratique de la MMK depuis une période de 2 ans. Seuls 2 (9,6%) participants avaient une durée d'implication de moins d'un an. Il s'agissait de deux administrateurs nouvellement affectés. L'HDB était la formation sanitaire qui avait reçu le plus de personnels formés en MMK. Après le projet, un seul personnel formé était encore en poste. L'affectation du personnel ailleurs, le redéploiement du personnel formé en MMK dans d'autres unités, l'absence de renouvellement de contrat, le départ en formation étaient les raisons de non disponibilité du personnel formé en MMK à leur poste dans cet

hôpital (Tableau I).

Le stade de pré-mise en œuvre de la MMK

Le stade de pré-mise en œuvre de la MMK a rencontré beaucoup de difficultés et de goulots d'étranglement durant son processus et ce 6 mois après la fin du projet (Tableau II).

• Faible implication des administrateurs

Elle a été rapportée par certains participants. Beaucoup auraient aimé voir leurs administrateurs s'intéresser à leurs difficultés sur le terrain. Les répondants R4HGOPY et R7CHU s'exprimaient à propos : « *Mais s'agissant de l'implication de l'administration... humm, je ne la sens pas trop, est-ce qu'ils font des efforts visibles ? (...) vraiment je ne vois pas vraiment.* » ; « *(...) cette implication est partielle (...) dans la mesure où, moi par exemple je n'ai pas encore vu la direction générale venir par rapport à cette MMK. Je veux dire venir pour le suivi et l'encadrement du personnel ou tout simplement visiter nos locaux sur le terrain.* ».

• Difficulté de la mise à disposition du personnel

Malgré la signature des protocoles d'accord en début de projet, certaines administrations se sont heurtées à une limitation d'action en termes de recrutements du personnel supplémentaire, qui ont retardé le début de la mise en œuvre de la MMK. Le répondant R1HGOPY le stipulait en ces termes : « *Parce qu'ils n'ont pas les mains libres pour faire certaines choses. Par exemple embaucher le personnel. (...).* »

• Non-respect des normes infrastructurelles

Toutes les formations sanitaires n'ont pas totalement respecté les normes infrastructurelles. Et Cette observation a été faite par l'investigateur principal. Ainsi il a été observé qu'une salle mère-enfant a été construite à HGOPY mais faute de personnel, elle est demeurée non fonctionnelle jusqu'au moment de cette étude. Les raisons évoquées étaient la non disponibilité du personnel, et la décision centralisée du recrutement. D'autres structures de santé ont noté le caractère étroit des salles. Les répondants R6HGOPY et R2CHU le soutenaient en ces termes : « *Les infrastructures ne respectent pas les normes, (...) Nous avons juste cherché un supplément d'espace pour la MMK.* » ; « *Donc on souhaiterait que le cadre définitif alloué à la MMK soit spacieux et respectent les normes. (...).* ».

Aussi l'absence d'une salle de repos pour les mères, la mauvaise aération et la présence des berceaux dans les salles de MMK étaient des insuffisances qui ne facilitaient pas la pratique d'une MMK de qualité. R3CHU le dit en ces termes : « *Les salles ne sont pas spacieuses pour l'aération, les mamans transpirent, ça chauffe (...) Il y a aussi un manque de salle de repos pour les mères dont le ou les bébés sont internés en néonatalogie.* ».

Stade de mise en œuvre (Tableau III)

• Communication difficile avec les mères

Dans cette étude, plusieurs facteurs ont contribué à rendre la communication sur la MMK difficile en pratique. Le manque de discipline des mères, les troubles de l'audition ou d'élocution chez certaines mères, le niveau d'instruction bas et l'analphabétisme étaient les facteurs évoqués par nos différents répondants. Le Répondant R4HDB s'exprimait en ces mots : « *La communication est ce que nous faisons ici tous les jours à toute heure. Elle est très importante, parce que les mamans sont d'abord têtues, elles ne comprennent pas rapidement (...).* ».

Sur le plan socio-culturel, l'on a retenu des répondants que le caractère conservateur, patriarcal, traditionnaliste et parfois xénophobe des certaines communautés ne rendaient pas la communication facile. R3HDB relatait son expérience en ces termes : « *Parce que nous sommes devant un peuple xénophobe et traditionaliste. (...) Il y avait parfois au suivi ambulatoire il n'y a pas les mamans parce le mari est sorti sans leur donner la permission de sortir.* ».

• Obstacles liés à la mère

Le retard de démarrage de l'initiation à la MMK était relaté par tous les répondants devant un contexte de césarienne de la mère, ou d'une instabilité pour cause médicale (HTA, psychose). Mais aussi on pouvait noter et observer l'absentéisme des mères en salle de MMK pour diverses raisons comme : aller se restaurer, chercher de moyens financiers pour recouvrir les soins hospitaliers, et aller s'occuper des autres enfants restés seuls en communauté. Le Répondant R2HGOPY en parlait en disant : « *Parfois elles sont en retard. Tu vas demander à la maman pourquoi elle vient porter son bébé tard ; elle va te répondre qu'elle est allée manger. L'autre te dira qu'elle est allée à la douche.* ».

• Obstacles liés à la famille

L'absence, l'indisponibilité ou la réticence du second porteur à la pratique de la MMK a été rapportée et observée dans toutes les formations sanitaires. A ce propos les répondants R2HGOPY et R10CHU respectivement le relataient en ces termes : « *Le second porteur est aussi un problème. Beaucoup refusent. Ceux qui acceptent font l'alternance avec la mère ; jamais les 2 à la fois* » ; « *(...) Nous signalons juste que parfois le second porteur qui s'est signalé au début pour aider la maman désiste en cours de chemin et la maman se retrouve seule à gérer la MMK, cela est souvent une source de stress.* ».

• Faible ressource en personnel

Au cours du projet DIB, l'absentéisme, l'affectation et le redéploiement du personnel formé en MMK dans certaines unités étaient des difficultés

supplémentaires à la mise en œuvre de la MMK. La non disponibilité des spécialistes comme le psychologue et le physiothérapeute étaient des insuffisances relatées et observées dans les formations sanitaires. Elles ont été plus observées à l'HDB où la majorité du personnel formé n'était plus en poste au moment de l'étude. Dans ces conditions nous avons observé le personnel paramédical poser des gestes médicaux pour lesquels il n'est pas qualifié faute de médecin. R4HDB le décrit en ces termes : « (...) *Mais il y a des gestes qu'on dit souvent que c'est le médecin qui doit faire comme la pose des cathéters centraux, la prescription des antibiotiques, mais nous sommes obligés de le faire. Le médecin n'est pas souvent là (...)* ».

• **Obstacles à l'allaitement maternel**

Le décès de la mère à la naissance, un contexte de césarienne, ou de pathologie médicale telle l'HTA ou autres étaient des obstacles majeurs à l'initiation de l'allaitement maternel en MMK. Une production insuffisante de lait et le stress maternel étaient tout aussi observés barrières non négligeables et une source de pression pour la prescription de substituts de lait maternel. Les croyances « *du lait gâté* » appelé « *ndiba* » sont fréquemment évoquées par les mères et même par les familles de la région du centre. Cette croyance est une perception contre l'allaitement maternel très fort et constitue un frein supplémentaire à l'allaitement. Cette croyance dans la culture Fang-Beti stipule que les décès antérieurs des enfants nourris au sein sont susceptibles de se reproduire sur les cadets en cas de recours à l'allaitement maternel chez ces derniers. Cette croyance confère une réticence irréversible face à l'allaitement exclusif. Les répondants R3CHU et R3HGOPY partageaient leur expérience respectivement en ces termes : « *Il y a les pensées et idées culturelles qui se posent, le « ndiba » où la maman te dit que si elle donne son lait au bébé, il va avoir la diarrhée, bref être malade ou en mourir. En fait elles estiment que le lait est gâté.* ».

Enfin, les obstacles liés au démarrage de l'allaitement sus-cités facilitaient la prescription des substituts de lait maternel avant que la maman soit disponible. Cette pratique fréquente en zone urbaine, R4HGOPY l'expliquait en ces mots : « *C'est le lait maternel qui est prescrit en première intention. Mais lorsque la mère est indisponible au début, c'est alors que nous prescrivons ces laits que vous voyez (en pointant le doigt sur les nombreuses boîtes de lait posées sur la paillasse).* ».

Stage d'institutionnalisation (Tableau IV)

• **Obstacles à l'accès aux soins en suivi ambulatoire**

En suivi ambulatoire, l'accès aux soins s'est révélé difficile pour les prématurés sortis des unités de néonatalogie. Ce suivi était payant à HGOPY et au

CHU. AHGOPY la nouvelle administration a augmenté le prix des consultations tout en raccourcissant le délai de validité. R5HGOPY expliquait ainsi : « *Avec le nouveau DG, on a augmenté les frais de consultation et écourté le nombre de jours de validité. Donc chaque semaine les mamans doivent payer, ce qui limite l'accessibilité et motive l'abandon.* ». De plus l'accès au suivi multidisciplinaire était difficile pour les parents. Très souvent le spécialiste le plus proche se trouvait à des kilomètres. Parfois la prise de RDV était payante et protocolaire. R1CHU disait à propos : « *Voilà un volet qui n'a pas été bien implémenté parce que normalement on devait avoir des médecins disposés pour les consulter sans trop de protocoles. Mais ce que nous faisons nous sommes obligés de les envoyer prendre des RDV avec ces spécialistes tels que les ophtalmologues et les ORL.* ».

• **Démotivation du personnel après le projet DIB**

Selon R5HGOPY certains personnels avaient perdu leur motivation dans la pratique de la MMK. C'est la raison de l'évolution en dent de scie des performances du personnel. Voici la quintessence de ses propos : « *Concernant le personnel, tous ne se sentent pas concernés par les soins kangourou. Lorsqu'ils vont travailler, ils ne vont pas aborder le sujet avec les mamans. Les mères vont se débrouiller comme elles peuvent, jusqu'à revoir le médecin ou les infirmières plus impliqués le lendemain.* ». Les raisons de ce manque d'implication du personnel étaient davantage expliquées par le répondant R6HGOPY. Il évoquait la suspension des primes (incitations financières) à la fin du projet pilote en ces termes : « *La conséquence c'est qu'on trouvera dans le personnel, ceux qui sont très impliqués dans la MMK et d'autres qui le sont moins. Pire encore en ce moment où le projet fini, les uns et les autres ne perçoivent plus de primes.* »

Discussion

Plusieurs barrières à l'implémentation de la MMK ont été identifiées dans notre étude. Il s'agissait notamment d'une implication moins forte des administrateurs des formations sanitaires. Par contre plusieurs autres études en contexte africain et sud asiatique rapportaient un leadership très fort ayant permis l'implémentation aisée de la MMK dans leur pays. C'est le cas de Kourouma et al. en 2021(8) en Côte d'Ivoire ou de Apurv et al. en 2016 en Inde (9). Ces derniers ont utilisé les médecins champions en MMK afin d'augmenter l'implication des acteurs dans la mise en œuvre de la pratique de la position Kangourou en zone rurale et ce même des mois après les projets d'implémentation.

Concernant les infrastructures, les normes n'ont pas été totalement respectées dans toutes les formations sanitaires de notre étude. Cette insuffisance entravait la qualité de la pratique de la MMK selon son protocole. A ce propos les études de Mejhabeen et al en 2021

(10) au Bangladesh et Jamali et al. au Pakistan en 2019 (11) se sont heurtées à des difficultés de fonctionnement similaires avec des salles étroites, peu ventilées, n'assurant pas l'intimité des mères et occasionnant une réticence à la pratique de la méthode. Dans une de nos formations sanitaires, toutes les composantes de la MMK se pratiquaient dans la même pièce, faute de disponibilité du personnel pour occuper les salles supplémentaires disponibles.

La communication était difficile avec les mères pour diverses raisons dans notre contexte. Plusieurs études placent la communication avec les mères au cœur de la réussite de la pratique de la MMK. Kampekete et al. en 2018 (12) en Zambie l'ont démontré dans une étude mixte en mettant en évidence une différence statistiquement significative entre une bonne communication et l'acceptation de la réalisation de la MMK. Pour nos répondants l'objectif premier était de convaincre les mères et les familles d'accepter ou au mieux d'adhérer aux différentes composantes de la MMK. Au Bangladesh Mehjabeen et al., et Kampekete et al en Zambie ont trouvé des résultats similaires qui consistaient à insister sur la communication au moment de la sortie qui permettait de prévenir les décès en communauté, l'hypothermie et l'hypoglycémie (10,12). En outre dans notre contexte, la communication a connu plusieurs obstacles en zone rurale, telles que les barrières de la langue, le manque de discipline des mères, les barrières culturelles et traditionnelles. Au Bangladesh en 2021, un manque d'engagement a plutôt été retrouvé chez les mères pour la simple raison que ces dernières ne participaient pas au processus de prise de décision. Cette particularité des communautés musulmanes a été relevée dans notre étude. Ainsi pour la poursuite de la pratique de la MMK les prestataires de soins ont préféré mener les séances d'éducation avec les époux et ou les belles-mères (10). Parfois la réticence à la pratique de la MMK était motivée par un séjour prolongé en hospitalisation, la culpabilité de ne pas effectuer leurs tâches ménagères, l'impossibilité de ne pas s'occuper des autres enfants. Chez nous le personnel estimait que le manque de discipline des mamans était l'obstacle majeur à une bonne communication en faveur de la MMK. En réalité dans notre contexte les mamans hospitalisées sont obligées de sortir des unités pour aller se restaurer, payer le factures/les médicaments, et de s'occuper des autres enfants restés à la maison.

Concernant l'indisponibilité des mères à l'initiation de la MMK, des auteurs chinois tels que Yue et al. en 2020 rapportent « le confinement post-natal » comme étant un retard à l'initiation à la MMK (13). En effet « le confinement du post-partum » est une coutume ancestrale encore pratiquée de nos jours. Il s'agit de garder la mère à l'intérieur où elle est exempte de

toutes corvées domestiques et de soins pour elle et son nouveau-né. Contrairement aux mères de notre étude l'on aurait pensé qu'un confinement en post partum serait favorable à l'initiation précoce de la MMK. Mais selon les auteurs les mères chinoises réfutent la MMK de peur d'être critiquées par leur mère ou belle-mère de ne pas respecter cette prescription culturelle ancestrale (10,13).

Concernant les familles et leur culture, elles sont à l'origine des obstacles non négligeables dans notre contexte comme en Côte d'Ivoire où les pères acceptent difficilement la séparation avec leur conjointe et leur enfant surtout lorsque l'enfant est admis en MMK continue. Pour eux, l'arrêt de l'usage de la couveuse est synonyme de guérison. Aussi Kourouma et al rapportent une réticence à porter le nouveau-né sur la poitrine, contrairement aux traditions africaines où le bébé est porté sur le dos de sa maman (8,14). Par contre les grands-parents en chine s'opposaient à la MMK de peur que le bébé ne prenne froid en étant nu ou que la transpiration maternelle ne nuise au bébé pendant la pratique de la MMK (13). Dans notre contexte le défi majeur était de trouver un second porteur pour soulager la maman en MMK continue.

Le manque de temps, la charge de travail, le manque de personnel sont les différents obstacles retrouvés dans plusieurs études qualitatives (13,15,16). En effet comme dans notre étude, la pratique de la MMK requiert du temps et de la patience auprès des mères stressées par l'état de leur enfant. Aussi les ressources financières et humaines limitées des institutions ne permettent pas souvent le recrutement de plus de personnel. La formation de tout le personnel impliqué dans la pratique de la MMK n'est pas toujours effective dans notre contexte ce qui crée une inégalité des connaissances et forcément une implication non homogène dans la pratique de la MMK. Cet obstacle a été notifié par les répondants des travaux de Kourouma et al. en Côte d'Ivoire en 2021 (8). Nous avons retrouvé peu d'études relevant des obstacles liés à l'absence de motivation financière. Mais par contre l'usage des bénévoles dans la pratique de la MMK a permis à l'inde d'améliorer l'implémentation de la MMK (9).

L'allaitement maternel, pratiqué dans le cadre de la MMK a rencontré également des difficultés diverses malgré ses bénéfices et ses avantages pour le couple mère-enfant en MMK (17). Les facteurs qui retardaient l'initiation de l'allaitement maternel dans notre étude étaient similaires dans les travaux de Sachdeva et al. en 2019 en inde (18). Seulement dans leur contexte des efforts sont faits pour donner le lait maternel pasteurisé issu des lactariums durant toute la durée d'hospitalisation. Selon ces auteurs, cette stratégie augmenterait la pratique de l'allaitement maternel exclusif (18). Aussi, les substituts de lait maternel

étaient prescrits uniquement dans les conditions particulières. Notamment en cas de décès maternel, d'absence de banque de lait, ou d'une insuffisance de production de lait maternel prouvée chez la mère. Dans notre contexte il a été observé dans certaines formations sanitaires que les substituts de lait maternel étaient prescrits à la moindre difficulté.

La problématique de l'accessibilité aux soins s'est posée au moment de la sortie et du suivi ambulatoire. Selon les travaux de Mathias et al., en 2020 au Malawi, plusieurs actions étaient entreprises dès l'admission afin de garder la dyade mère-enfant dans les soins même après la sortie. Il s'agissait notamment de l'intervention de l'action sociale, un système de liaison entre les services des formations sanitaires et les communautés, et des prix abordables des services de la MMK (19).

Forces et limites

Cette étude nous a permis de mettre en évidence les principales barrières à l'implémentation de la MMK dans notre contexte. Nous avons pu recueillir les données des administrateurs, et du personnel soignant dans les formations sanitaires sélectionnées. Également nous avons pris en compte l'utilisation du protocole de MMK et les différentes phases d'évaluation de la pratique de la MMK. Notre exploration était accompagnée d'une phase d'observation qui nous a permis de corroborer les allégations des participants liées à la pratique de la MMK. Cette approche nous a permis d'avoir une vision globale des améliorations qu'il faudra apporter pour améliorer la mise à échelle de la MMK. Cependant, cette étude n'est pas exempte de limites. Pour une action holistique nous aurions pu intégrer les avis des mères, des familles et même des leaders de communauté afin d'avoir leur propre perception sur la pratique de la MMK. Aussi nous avons sélectionné formations sanitaires, une taille de l'échantillon jugée petite par rapport à l'ensemble des formations sanitaires de la région.

Conclusion

Cette étude révèle des barrières significatives à l'implémentation de la MMK dans les formations sanitaires camerounaises, notamment le manque de leadership administratif, les défaillances infrastructurelles, les obstacles socioculturels et l'insuffisance de motivation du personnel post-projet. Pour réussir la mise à échelle nationale de la MMK, il est impératif de renforcer l'engagement institutionnel, d'adapter les stratégies de communication au contexte local, d'assurer la formation continue du personnel et de pérenniser les incitations. Ces améliorations sont essentielles pour optimiser cette intervention salvatrice et réduire significativement la mortalité néonatale au Cameroun.

Remerciements : Nous tenons à remercier les administrateurs des formations sanitaires qui ont été incluses dans ce travail. Nous manifestons également de la reconnaissance à toutes les équipes de soins pour leur collaboration.

Contributions des auteurs : EMMN, EKO, GCMK, MAN : Conception de l'étude, EMMN, STAA, LLB, NMGJT : Revue de la littérature, EMMN, LLB, APH : Collecte des données, EMMN, STAA, MAN, LLB : Discussion du cas, GCMK, SNUS, STAA, APH, MAN, LLB, NMGJT : Révision

Conflits d'intérêts : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Financement : Aucun

Références

1. MINSALUD. Actualización de los Lineamientos Técnicos para la implementación de Programas Madre Canguro en Colombia, con énfasis en la nutrición del neonato prematuro o de bajo peso al nacer. 2017.
2. Institut National des Statistiques (INS), ICF. Enquête de démographie et de santé (Cameroun). Rockville-Maryland. Vol. 5eme édition. USA; 2020. 739 p.
3. OMS. Kangaroo mother care A transformative innovation in health care. 2023.
4. Fondation Kangourou Cameroun. Development Impact Bond (DIB) Néonatal Camerounais.
5. MINSANTE, Fondation Kangourou Cameroun, Grand Challenges Canada, Social Finance, Mars, Nutrition International, Global Financing Facility, Fundacion Canguro. Obligation à impact pour la MMK au Cameroun sur le développement 2019.
6. Social Finance. Obligation à Impact Pour le Développement de la Méthode Mère Kagourou. Retour d'expérience et leçons pour le passage à échelle. 2021.
7. Bergh A, Arsalo I, Malan AF, Patrick M, Pattinson RC, Phillips N. Measuring implementation progress in kangaroo mother care. *Acta Paediatr.* 2005 ; 94(8):1102-8.
8. Kourouma KR, Agbré-Yacé ML, Doukouré D, Cissé L, Some-Méazieu C, Ouattara J, et al. Barriers and facilitators to kangaroo mother care implementation in Cote d'Ivoire: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.*2021;21(1):1211.
9. Soni A, Amin A, Patel DV, Fahey N, Shah N, Phatak AG, et al. The presence of physician champions improved Kangaroo Mother Care in rural western India. *Acta Paediatr* 2016;105(9).
10. Mehjabeen S, Matin M, Gupta RD, Sutradhar I, Mazumder Y, Kim M, et al. Fidelity of kangaroo mother care services in the public health facilities in Bangladesh: a cross-sectional mixed-method study. *Implement Sci Commun.* 2021;2(1):115.
11. Jamali QZ, Shah R, Shahid F, Fatima A, Khalsa S, Spacek J, et al. Barriers and enablers for practicing kangaroo mother care (KMC) in rural Sindh, Pakistan. Ameh CA, éditeur. PLOS ONE. 17 juin 2019;14(6):e0213225.
12. Kampekete GSM, Ngoma C, Masumo M. Acceptance of kangaroo mother care by mothers of premature babies. *Afr J Midwifery Womens Health.* 2018;12(4):178-88.
13. Yue J, Liu J, Williams S, Zhang B, Zhao Y, Zhang Q, et al. Barriers and facilitators of kangaroo mother care adoption in five Chinese hospitals: a qualitative study. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1234.
14. Anne-Marie Bergh1*, Rhoda Manu2, , Karen Davy1, , Elise

- van Rooyen¹, , Gloria Quansah Asare³, , J Koku Awoonor Williams⁴, et al. Translating research findings into practice – the implementation of kangaroo mother care in Ghana. *Implement Sci.* 2012;(7):75.
15. Kinshella MLW, Salimu S, Chiwaya B, Chikoti F, Chirambo L, Mwaungulu E, et al. "So sometimes, it looks like it's a neglected ward": Health worker perspectives on implementing kangaroo mother care in southern Malawi. Gurgel RQ, éditeur. *PLOS ONE.* 2020;15(12):e0243770.
16. Wang Y, Zhao T, Zhang Y, Li S, Cong X. Positive Effects of Kangaroo Mother Care on Long-Term Breastfeeding Rates, Growth, and Neurodevelopment in Preterm Infants. *Breastfeed Med.* 2021;16(4):282-91.
17. Chan G, Bergelson I, Smith ER, Skotnes T, Wall S. Barriers and enablers of kangaroo mother care implementation from a health systems perspective: a systematic review. *Health Policy Plan.* 2017;32(10):1466-75.
18. Chugh Sachdeva R, Mondkar J, Shanbhag S, Manuhar M, Khan A, Dasgupta R, et al. A Qualitative Analysis of the Barriers and Facilitators for Breastfeeding and Kangaroo Mother Care Among Service Providers, Mothers and Influencers of Neonates Admitted in Two Urban Hospitals in India. *Breastfeed Med.* 2019;14(2):108-14.
19. Mathias CT, Mianda S, Ginindza TG. Facilitating factors and barriers to accessibility and utilization of kangaroo mother care service among parents of low birth weight infants in Mangochi District, Malawi: a qualitative study. *BMC Pediatr.* 2020;20(1):355.