HAL
open science

Le portage en écharpe

Anne Guillouet

To cite this version:

Anne Guillouet. Le portage en écharpe. Médecine humaine et pathologie. 2010. dumas-00629780

HAL Id: dumas-00629780

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00629780

Submitted on 6 Oct 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2010

LE PORTAGE EN ECHARPE

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

ANNE GUILLOUET

Née le 1er Mai 1983 à CAEN

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE GRENOBLE *

Le 11 Février 2010

DEVANT LE JURY COMPOSE DE
Président du Jury : M. le Professeur DEBILLON Thierry

Membres :
M. le Professeur BELLON Gabriel
M. le Professeur PISON Christophe
M. le Docteur LAURENT Robert

****La faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.***

PROFESSEURS D'UNIVERSITE- PRATICIENS HOSPITALIERS
CHU GRENOBLE. 01/09/2009

ALBALADEJO	Pierre	**CLINIQUE D'ANESTHESIE** **PÔLE 2 ANESTHESIE - REANIMATIONS**
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	**CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE** **POLE 6 DIGIDUNE**
BACONNIER	Pierre	**BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE** **PAVILLON D** **POLE 17 SANTE PUBLIQUE**
BAGUET	Jean-Philippe	**CLINIQUE DE CARDIOLOGIE / HYPERTENSION ARTERIELLE** **POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE**
BALOSSO	Jacques	**RADIOTHERAPIE** **PÔLE 5 CANCEROLOGIE**
BARRET	Luc	**CLINIQUE MEDECINE LEGALE** **POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE**
BAUDAIN	Philippe	**CLINIQUE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE** **POLE 13 IMAGERIE**
BEANI	Jean-Claude	**CLINIQUE DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE-PHOTOBIOLOGIE ET ALLERGOLOGIE** **POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE**
BENHAMOU	Pierre Yves	**CLINIQUE ENDOCRINO DIABETO NUTRITION EDUCATION THERAPEUTIQUE/ DIABETOLOGIE - POLE 6 DIGIDUNE**
BERGER	François	**ONCOLOGIE MEDICALE** **POLE 5 CANCEROLOGIE**
BLIN	Dominique	**CLINIQUE CHIRURGIE CARDIAQUE** **POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE**
BOLLA	Michel	**CENTRE COORD. CANCEROLOGIE** **POLE 5 CANCEROLOGIE (Surnombre)**
BONAZ	Bruno	**CLINIQUE HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE** **POLE 6 DIGIDUNE**
BOSSON	Jean-Luc	**DPT DE METHODOLOGIE DE L'INFORMATION DE SANTE** **POLE 17 SANTE PUBLIQUE**
BOUGEROL	Thierry	**PSYCHIATRIE D'ADULTES - PAVILLON D. VILLARS** **POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE**
BRAMBILLA	Elisabeth	**DPT ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES** **POLE 14 BIOLOGIE**

BRAMBILLA	Christian	**CLINIQUE DE PNEUMOLOGIE POLE 7 MEDECINE AIGÜE & COMMUNAUTAIRE**
BRICHON	Pierre-Yves	**CLINIQUE DE CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE**
BRIX	Muriel	**CLINIQUE CHIR. MAXILLO-FACIALE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE**
CAHN	Jean-Yves	**CANCEROLOGIE POLE 5 CANCEROLOGIE**
CARPENTIER	Patrick	**CLINIQUE MEDECINE VASCULAIRE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE**
CARPENTIER	Françoise	**CLINIQUE URGENCE POLE 1 SAMU SMUR**
CESBRON	Jean-Yves	**IMMUNOLOGIE - BATIMENT J. ROGET FAC MEDECINE POLE 14 BIOLOGIE**
CHABARDES	Stephan	**Clinique de Neurochirugie**
CHABRE	Olivier	**CLINIQUE ENDOCRINO DIABETO NUTRITION EDUCATION THERAPEUTIQUE / ENDOCRINOLOGIE POLE 6 DIGIDUNE**
CHAFFANJON	Philippe	**CLINIQUE CHIRURGIE THORACIQUE, VASCULAIRE ET ENDOCRINIENNE**
CHAVANON	Olivier	**CLINIQUE DE CHIRURGIE CARDIAQUE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE**
CHIQUET	Christophe	**CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE**
CHIROSSEL	Jean-Paul	**ANATOMIE - FACULTE DE MEDECINE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE**
CINQUIN	Philippe	**DPT D'INNOVATIONS TECHNOLOGIQUES- POLE 17 SANTE PUBLIQUE**
COHEN	Olivier	**DELEGATION - HC FORUM (création entreprise) - rémunération universitaire conservée**
COUTURIER	Pascal	**CLINIQUE MEDECINE GERIATRIQUE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE**
CRACOWSKI	Jean-Luc	**Laboratoire de Pharmacologie**
DE GAUDEMARIS	Régis	**DPT MEDECINE & SANTE DU TRAVAIL POLE 17 SANTE PUBLIQUE**

DEBILLON	Thierry	**CLINIQUE REA. & MEDECINE NEONATALE** **POLE 9 COUPLE/ENFANT**
DEMONGEOT	Jacques	**BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE** **POLE 17 SANTE PUBLIQUE**
DESCOTES	Jean-Luc	**CLINIQUE UROLOGIE** **POLE 6 DIGIDUNE**
DYON	J.François	**Surnombre**
ESTEVE	François	**Dir. Equipe 6 U836 - ID17 /ESRF** **Grenoble Institut des Neurosciences**
FAGRET	Daniel	**CLINIQUE DE MEDECINE NUCLEAIRE** **POLE 13 IMAGERIE**
FAUCHERON	Jean-Luc	**CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE ET DE L'URGENCE** **POLE 6 DIGIDUNE**
FAVROT	Marie Christine	**DPT DE BIOLOGIE INTEGREE / CANCEROLOGIE** **POLE 14 BIOLOGIE**
FERRETTI	Gilbert	**CLINIQUE RADIOLOGIE & IMAGERIE MEDICALE** **POLE 13 IMAGERIE**
FEUERSTEIN	Claude	**GIN**
FONTAINE	Eric	**CLINIQUE NUTRITION ARTIFICIELLE** **POLE 7 MED. AIGÜE & COMMUNAUTAIRE**
FRANCO	Alain	**CLINIQUE VIEILLISSEMENT ET HANDICAP** **POLE 7 MED. AIGUE & COMMUNAUTAIRE**
FRANCOIS	Patrice	**DPT DE VEILLE SANITAIRE** **POLE 17 SANTE PUBLIQUE**
GARNIER	Philippe	**Surnombre**
GAUDIN	Philippe	**CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE** **POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR GERIATRIE CHISSE**
GAY	Emmanuel	**CLINIQUE NEUROCHIRURGIE** **POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE**
GIRARDET	Pierre	**Surnombre**
GUIDICELLI	Henri	**Surnombre**

HALIMI	Serge	**CLINIQUE ENDOCRINO-DIABETO-NUTRITION POLE 6 DIGIDUNE**
HOMMEL	Marc	**CLINIQUE DE NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE**
JOUK	Pierre-Simon	**DEPARTEMENT GENETIQUE ET PROCREATION POLE 9 COUPLE/ENFANT**
JUVIN	Robert	**CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE - HOPITAL SUD POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE**
KAHANE	Philippe	**CLINIQUE DE NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE**
KRACK	Paul	**CLINIQUE DE NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE**
KRAINIK	Alexandre	**CLINIQUE NEURORADIOLOGIE & IRM POLE 13 IMAGERIE**
LANTUEJOUL	Sylvie	**DEPARTEMENT D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES PÔLE 14 BIOLOGIE**
LE BAS	Jean-François	**CLINIQUE NEURORADIOLOGIE & IRM POLE 13 IMAGERIE**
LEBEAU	Jacques	**CLINIQUE CHIR. MAXILLO-FACIALE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE**
LECCIA	Marie-Thérèse	**CLINIQUE DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE-PHOTOBIOLOGIE ET ALLERGOLOGIE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE**
LEROUX	Dominique	**DEPARTEMENT BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE POLE 14 BIOLOGIE**
LEROY	Vincent	**CLINIQUE D'HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE**
LETOUBLON	Christian	**CLINIQUE CHIRURGIE DIGESTIVE & URGENCE POLE 6 DIGIDUNE**
LEVERVE	Xavier	**LABORATOIRE THERAPEUTIQUE UFR BIOLOGIE BAT 72 UJF BP 53X**
LEVY	Patrick	**PHYSIOLOGIE POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE**
LUNARDI	Joël	**BIOCHIMIE ADN- POLE 9 COUPLE/ENFANT**
MACHECOURT	Jacques	**CLINIQUE DE CARDIOLOGIE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE**

MAGNE	Jean-Luc	**CLINIQUE CHIRURGIE VASCULAIRE & THORACIQUE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE**
MAITRE	Anne	**Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE - POLE 14 BIOLOGIE - J.ROGET 4e ETAGE**
MALLION	J. Michel	**Surnombre**
MASSOT	Christian	**CLINIQUE MEDECINE INTERNE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE**
MAURIN	Max	**DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE POLE 14 BIOLOGIE**
MERLOZ	Philippe	**CLINIQUE CHIR. ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE**
MORAND	Patrice	**DPT DES AGENTS INFECTIEUX / VIROLOGIE POLE 14 BIOLOGIE**
MOREL	Françoise	**Surnombre**
MORO-SIBILOT	Denis	**68 CHEMIN DE SAVARDIN 38330 MONTBONNOT**
MOUSSEAU	Mireille	**ONCOLOGIE MEDICALE POLE 5 CANCEROLOGIE**
MOUTET	François	**CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE**
PASQUIER	Basile	**Surnombre**
PASSAGIA	Jean-Guy	**ANATOMIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE**
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	**CLINIQUE REANIMATION POLE 2 ANESTHESIE-REANIMATION**
PELLOUX	Hervé	**DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE POLE 14 BIOLOGIE**
PEPIN	Jean-Louis	**CLINIQUE PHYSIOLOGIE SOMMEIL & EXERCICE - POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE**
PERENNOU	Dominique	**SERVICE DE REEDUCATION POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE**
PERNOD	Gilles	**CLINIQUE DE MEDECINE VASCULAIRE- POLE PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE - POLE 8**

PIOLAT	Christian	**Clinique de chirurgie infantile**
PISON	Christophe	**CLINIQUE PNEUMOLOGIE POLE 7 MEDECINE AIGÜE & COMMUNAUTAIRE**
PLANTAZ	Dominique	**CLINIQUE MEDICALE PEDIATRIQUE POLE 9 COUPLE/ENFANT**
POLACK	Benoît	**DEPARTEMENT DE BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE POLE 14 BIOLOGIE**
POLLAK	Pierre	**NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE**
PONS	Jean-Claude	**CLINIQUE UNIVERSITAIRE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE POLE 9 COUPLE/ENFANT**
RAMBEAUD	J Jacques	**CLINIQUE UROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE**
REYT	Emile	**CLINIQUE O.R.L. POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE**
ROMANET	J. Paul	**CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE**
SARAGAGLIA	Dominique	**CLINIQUE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE HOPITAL SUD**
SCHAAL	Jean-Patrick	**CLINIQUE UNIVERSITAIRE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE POLE 9 COUPLE/ENFANT**
SCHMERBER	Sébastien	**CLINIQUE O.R.L. POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE**
SEIGNEURIN	Daniel	**DPT ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES POLE 14 BIOLOGIE**
SEIGNEURIN	Jean- Marie	**DPT AGENTS INFECTIEUX POLE 14 BIOLOGIE (Surnombre)**
SELE	Bernard	**DPT GENETIQUE & PROCREATION POLE 9 COUPLE/ENFANT**
SESSA	Carmine	**CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE**
SOTTO	Jean-Jacques	**Surnombre**
STAHL	Jean-Paul	**CLINIQUE INFECTIOLOGIE POLE 7 MEDECINE AIGÜE & COMMUNAUTAIRE**

TIMSIT	Jean-François	**CLINIQUE REANIMATION MEDICALE POLE 7 MED. AIGUE & COMMUNAUTAIRE**
TONETTI	Jérôme	**CLINIQUE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE**
TOUSSAINT	Bertrand	**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE POLE 14 BIOLOGIE**
VANZETTO	Gérald	**CLINIQUE DE CARDIOLOGIE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE**
VUILLEZ	Jean-Philippe	**BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE**
ZAOUI	Philippe	**CLINIQUE NEPHROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE**
ZARSKI	Jean-Pierre	**CLINIQUE HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE**

MAITRES DE CONFERENCE-PRATICIENS HOSPITALIERS
CHU GRENOBLE 01/09/2009

BOTTARI	Serge	**Département de Biologie Intégrée Pôle 14: Biologie**
BOUTONNAT	Jean	**Département de Biologie et Pathologie de la Cellule - Pôle 14: Biologie**
BRENIER-PINCHART	M.Pierre	**Département des agents infectieux Parisitologie Mycologie Pôle 14: Biologie**
BRICAULT	Ivan	**Clinique de radiologie et imagerie médicale Pôle 13: Imagerie**
BRIOT	Raphaël	**Pôle Urgence SAMU**
CALLANAN-WILSON	Mary	**Génétique IAB**
CARAVEL	Jean-Pierre	**Clinique de médecine Nucléaire Pôle 13: Imagerie**
CRACOWSKI	Jean Luc	**Laboratoire de Pharmacologie**
CROIZE	Jacques	**Département des agents infectieux Microbiovigilance Pôle 14: Biologie**

DEMATTEIS	Maurice	**Clinique de physiologie sommeil et exercice Pôle 12: Rééducation et physiologie**
DERANSART	Colin	**GIN - BATIMENT E. SAFRA Equipe 9**
DETANTE	Olivier	**Clinique de Neurologie**
DROUET	Christian	**Département de Biologie et Pathologie de la Cellule Centre angiodème - Pôle 14: Biologie**
DUMESTRE-PERARD	Chantal	**Immunologie - BATIMENT J. ROGET.**
EYSSERIC	Hélène	**Clinique de Médecine Légale Pôle 8: Pôle Pluridisciplinaire de Médecine**
FAURE	Anne-Karen	**Biologie de la procréation / CECOS Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant**
FAURE	Julien	**Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant**
GARBAN	Frédéric	**Unité clinique thérapie cellulaire Pôle 5 : Cancerologie**
GAVAZZI	Gaëtan	**Clinique médecine interne gériatrique Pôle 8 : Pôle pluridisciplinaire de Médecine**
GRAND	Sylvie	**Clinique deRadiologie et Imagerie Médicale Pôle 13 : Imagerie**
HENNEBICQ	Sylviane	**Biologie de la procréation / CECOS Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant**
HOFFMANN	Pascale	**Clinique Universitaire Gynécologie Obstétrique Pôle 9: Couple/enfant**
JACQUOT	Claude	**Clinique d'Anesthésie Pôle 2 : Anesthésie - Réanimations**
LABARERE	José	**Département de veille sanitaire Pôle 17 : Santé Publique**
LAPORTE	François	**Département de biologie intégrée Pôle 14: Biologie**
LARDY	Bernard	**Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire d'Enzymologie Pôle 14: Biologie**
LARRAT	Sylvie	**Département des agents infectieux Pôle 14: Biologie**

LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	**Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie**
MALLARET	Marie-Reine	**Unité d'Hygiène Hospitalière Pavillon E**
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	**Département d'innovations technologiques Pôle 17 Santé Publique**
MOUCHET	Patrick	**Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie**
PACLET	Marie-Hélène	**Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire d'Enzymologie Pôle 14: Biologie**
PALOMBI	Olivier	**Clinique de neurochirurgie Pôle 3 : Tête et cou et chirugie réparatrice**
PASQUIER	Dominique	**Département d'anatomie et cytologie pathologiques Pôle 14 : Biologie**
PELLETIER	Laurent	**Centre d'innovation biologique**
PAYSANT	François	**Clinique de Médecine Légale Pôle 8: Pôle Pluridisciplinaire de Médecine**
RAY	Pierre	**Biologie de la reproduction Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant**
RENVERSEZ	J.Charles	**Département de biologie intégrée Biochimie et Biologie Moléculaire Pôle 14 : Biologie**
RIALLE	Vincent	**Laboratoire TIMC LA TRONCHE**
SATRE	Véronique	**Génétique chromosomique Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant**
STANKE-LABESQUE	Françoise	**Laboratoire de Pharmacologie**
STASIA	Marie-Josée	**Département de biologie et pathologie de la cellule Pôle 14: Biologie**
TAMISIER	Renaud	**Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie**
WEIL	Georges	**Biostatistiques et Informatique Médicale Pôle 17 Santé Publique**

Remerciements

Merci au Jury : Pr Debillon, Pr Bellon, Pr Pison et Dr Laurent pour leur temps et leurs conseils

Merci à Robert et Nicole pour leur gentillesse, leur aide pour cette thèse et pour tout le reste.

Merci à Lucien et Yannick pour m'avoir transmis leur passion pour la médecine générale.

Merci au Dr M.C. Grac'h, médecin de l'unité de soins palliatifs du centre anti cancéreux de Baclesse (Caen) et au Dr Franciska Lange (Sallanches) pour leur humanité et tout ce qu'elles m'ont appris.

Merci à mes parents qui ont toujours veillé à mon bonheur et soutenu mes projets.

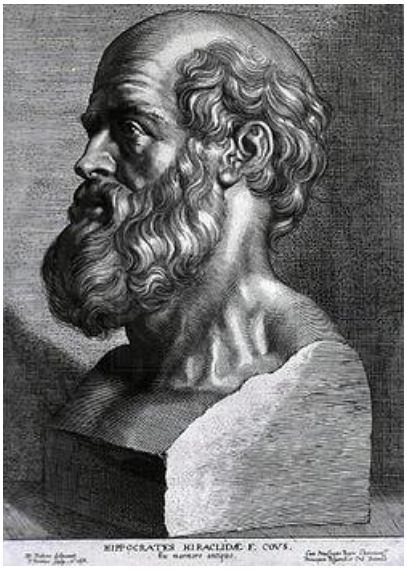
Merci à Anaïs, Charlotte, Marie, Adeline, Laëtitia, Nelly et Estelle pour leur amitié au long de ce chemin vers la médecine.

Merci à Maylis et à Claire pour leur aide, au Dr Audéoud qui m'a mise sur les rails et à Pierre- Marie pour ses précieuses corrections.

Merci à Rachel Cavalié, monitrice de l'association « porter son enfant », pour ses conseils sur les méthodes de portage et les photographies.

Merci à Olivier Chomis pour sa photographie d'Afrique

Merci au Dr Minguet et à tout le personnel de la maternité de Sallanches



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciplines et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Résumé

Le portage des enfants en écharpe connait de nos jours un important essor en France. Une enquête auprès de jeunes parents montre leur intérêt pour cette méthode de portage et leur demande d'information auprès du corps médical.

Un travail scientifique est nécessaire pour délivrer une information fiable sur les intérêts et les risques du portage en écharpe, en ambulatoire, des enfants nés à terme.

L'objectif de ce travail est de rechercher dans la littérature scientifique des preuves pour affirmer ou infirmer les différents avantages du portage mis en avant par l'information de vulgarisation.

Les intérêts évoqués concernent les parents, l'enfant et la relation mère- enfant.

Il existe peu d'études sur le sujet, comparativement aux publications sur la méthode Kangourou des enfants prématurés en service de Néonatalogie. Ces rares études mettent cependant en avant certains avantages du portage.

L'information médicale que nous pouvons délivrer à ce jour est partielle et insuffisante. Il parait nécessaire de promouvoir de futures études bénéficiant d'un échantillon de population d'enfants portés plus importants, afin de posséder des informations avec un niveau de preuve acceptable sur les intérêts et les risques du portage en écharpe.

Mots clés : Portage en écharpe - Relation mère-enfant - Attachement - Pleurs - Coliques du nourrisson - Douleur - Allaitement - Luxation congénitale de hanche - Développement psychomoteur - Langage

Abstract

The use of infant slings to carry babies has been strongly increasing those last years in France. A survey among young parents shows that they are interested in this holding method but also that they require information from medical professionnals.

Scientific minded research work appears to be necessary in order to deliver satisfying information about benefits and risks involved by infant sling carrying for babies born at term.

The present work is based on a bibliographical survey aiming at verifying whether infant carrying supposed benefits are scientifically based or not.

The scope extends to the three following axis: parents, child and maternal-infant interaction.

Few scientifical surveys have been published on this topic in comparison to what exists about preterm infants and Kangaroo holding in NICU. They however underline several assets of infant carrying.

For now, medical information subject to be delivered about infant sling carrying is uncomplete and unacurate. It seems to be necessary to promote future surveys on a larger sample scale to ensure higher proof level and reliability of medical recommendations.

Keywords : Infant carrying - Infant sling - Maternal-Infant Interaction - Attachment - Infant Crying - Infantile colic - Pain - Breastfeeding - Congenital dislocation of the Hip - Psychomotor Devloppment - Language

Plan de thèse

1- Introduction

2- Portage et grand public

1) Vulgarisation du portage :

A- Intérêts pour la mère (et le père)

B- Intérêts pour l'enfant

C- La relation mère- enfant

2) Enquête auprès de la population générale :

A-Matériel et méthode

a- Matériel

b- Méthode

B- Résultats

Portage des enfants : connaissances de la population générale

a- Intérêts

b- Inconvénients

C- Interprétation

3- Données scientifiques

A- Intérêt pour la mère (et le père)

B- Intérêts pour l'enfant

1 : Les pleurs

2 : Les coliques

3 : Le reflux gastro oesophagien

4 : La douleur

5 : Le sommeil

6 : L'allaitement

7 : Les hanches

8 : Le rachis

9 : Le système vestibulaire

10 : Le développement psycho moteur et émotionnel

11 : La confiance en soi et l'autonomisation

12 : Le langage

13 : La sécurité

C- Intérêts dans la relation mère – enfant

1 : Qualité de l'interaction parent-enfant

2 : La théorie de l'attachement

3 : Intérêt du portage dans les situations pathologiques

D- Intérêts du portage chez les enfants autistes et psychotiques

E- Regard ethnologique sur le portage en France

4- Conclusion

5- Bibliographie

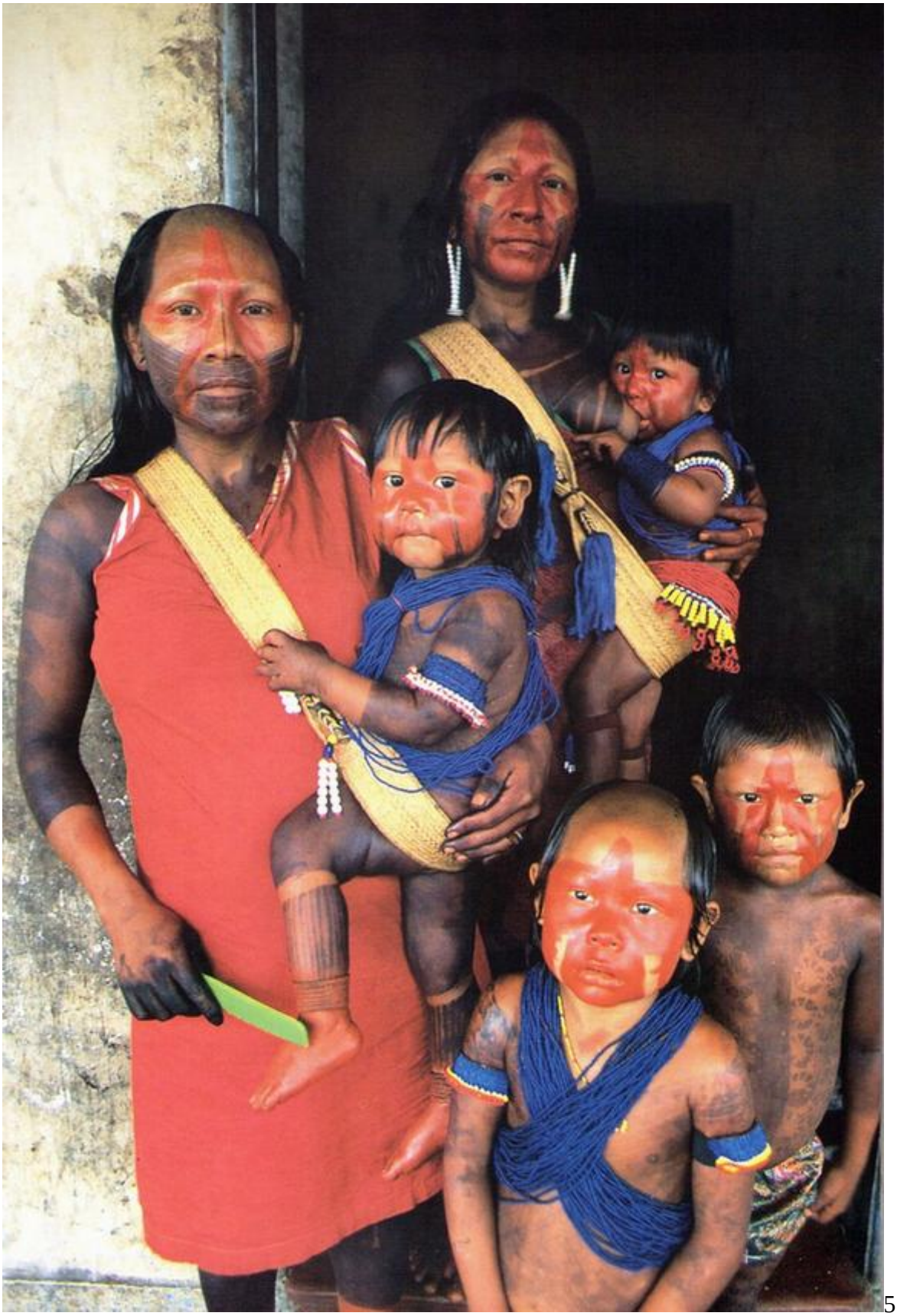
6- Annexes

1

2

3

4



5

1-Introduction

De par le monde, il existe de multiples méthodes de portage et de transport des enfants. Ces méthodes évoluent avec le temps, conjointement à l'évolution des cultures locales.

Le landau, objet de luxe, existait déjà en Grèce antique. Il s'est développé en France au XVIIIème siècle chez des familles aisées puis a fait place à la poussette lors du baby boom après la 2ème guerre mondiale. Celle-ci s'est rapidement démocratisée et est actuellement omniprésente sous divers formes très sophistiquées, répondant aux normes de sécurité, aux certitudes populaires sur les besoins de l'enfant et aux critères de mode.

Les techniques de portage qui existaient avant le landau ont totalement disparu de notre culture. Mais on observe une résurgence du portage des enfants en Europe depuis les années 1970, s'inspirant des méthodes Africaines, Sud-Américaines et Asiatiques, et s'adaptant à notre culture occidentale actuelle.

Conjointement, la méthode Kangourou a été mise en place à Bogota en 1978 pour pallier au manque de couveuse. Cette méthode est très étudiée et présente de nombreux avantages par rapport aux soins conventionnels. Elle est l'objet d'un guide pratique rédigé par l'OMS pour les pays en voie de développement, et est utilisée en France dans certaines unités de Néonatologie.

Cette thèse, rédigée sous forme d'article, traite du portage en écharpe (ce qui exclut le porte bébé ridige), en ambulatoire.

Nous assistons ces dernières années à la multiplication d'articles de presse, de reportages et de sites Internet louant le portage en écharpe. De nombreuses associations pour l'apprentissage de la technique voient le jour. Le niveau de preuve de toutes ces informations est faible.

Cette vulgarisation a-t-elle sa correspondance dans le milieu scientifique ?

Est-ce un phénomène de mode ? Une réalité scientifique ?

2- Portage et grand public

1) Vulgarisation du portage

Excepté quelques points négatifs essentiellement techniques (difficulté de l'apprentissage et de la réalisation d'une technique correcte de nouage pour un bon confort de la mère et de l'enfant, problème d'hygiène car les longues écharpes trainent à terre à l'installation), les articles et ouvrages de vulgarisation ne traitent que des bienfaits et des avantages du portage.

Nous allons élaborer une liste, qui ne peut être exhaustive, des points abordés par la vulgarisation. Nous regrouperons les thèmes selon trois items: intérêts pour les parents, intérêts pour l'enfant et enfin l'impact du portage en écharpe sur la relation mère- enfant.

A -Intérêts pour la mère (et le père):

- plaisir, détente
- matériel peu encombrant, de coût modéré
- liberté de mouvement, possibilité de vaquer à ses occupations tout en portant son enfant
- meilleure lactation, et possibilité d'allaiter discrètement
- meilleure confiance en soi dans les capacités à s'occuper du bébé
- rôle du père plus actif auprès de l'enfant
- meilleure intégration du bébé dans la famille (parents plus disponibles pour les ainés)

B - Intérêts pour l'enfant :

- enfant rassuré, calme

- sensation de confort, de sécurité et de bien être
- moins de pollution par les gaz d'échappement
- diminution de la plagiocéphalie
- diminution des pleurs
- meilleure digestion, diminution des coliques et des reflux gastro œsophagiens
- meilleur sommeil
- stimulation de l'allaitement
- position des hanches adaptée au traitement d'une éventuelle luxation congénitale de hanche
- position du rachis respectueuse de la cyphose physiologique du nouveau né
- stimulation du développement du système vestibulaire, de la vue et du toucher
- stimulation du développement psychomoteur, notamment du tonus musculaire
- meilleure intégration sociale : l'enfant est à hauteur des visages adultes avec qui il peut communiquer. Il partage la vie quotidienne, apprend en observant, imite.
- stimulation de l'apprentissage du langage
- autonomisation plus précoce, car meilleure confiance en soi pour aller explorer le monde
- meilleure stabilité émotionnelle

C- La relation mère- enfant :

- meilleure communication
- stimulation de l'attachement réciproque

2) Enquête d'opinion public sur le portage

Face à l'abondance d'informations de vulgarisation sur le portage en écharpe, il parait nécessaire d'évaluer les connaissances des jeunes parents sur le portage et de connaitre leur avis sur une possible information délivrée par le corps médical.

1/ Matériel et méthode:

A - Matériel:

Population : 50 premières femmes ayant accouché à la maternité de Sallanches

Date : du 16/03/2009 au 02/04/2009 durant leur séjour en maternité de J1 à J4.

Toutes les patientes ont accepté de répondre au questionnaire.

Enquête d'opinion : questionnaire pré-établi avec 8 questions, dont une partie de questions ouvertes.

B - Méthode:

Entretien verbal avec les femmes, l'enquêteur posant lui-même les questions aux femmes et notant lui-même les réponses. L'enquêteur est le même pour tous les entretiens.

2/ Résultats

1 : Moyenne d'âge des femmes : 30,24 ans

2 : Parité :

Primipares : 46%

Deuxième pare : 42%

Troisième pare : 8%

Quatrième pare : 4%

3 : Allaitement :

Maternel 80%

Artificiel 20%

4 : Suivi prévu pour le bébé :

Médecin Généraliste exclusivement : 48%

Pédiatre (au moins pour le suivi) : 32%

Parents n'ont pas encore décidé : 20%

5 : Femmes qui ont reçu une information par un professionnel de santé sur les différentes techniques de transport ou portage d'enfant

Oui : 10% = 5 femmes :

Les 5 femmes ont trouvé cela intéressant

1 a retenu l'intérêt du portage pour la relation mère- enfant

Pour 3 femmes, l'information les a confortées dans leur volonté de porter leur enfant

Pour 1 femme, l'information a modifié ses convictions

Pour les 5 femmes, l'information n'a pas modifié leur comportement

Pour 1 femme, l'information a été insuffisante

4 femmes ont reçu l'information par la sage femme qui leur a fait les cours de préparation l'accouchement, 1 a reçu une plaquette d'information

Non : 90%

6 : Femmes qui pensent que ce serait judicieux de recevoir une information par un professionnel de santé :

Oui : 82%

Non : 18%

Arguments contre l'information par un professionnel:

-il n'y a pas d'intérêt à chercher à se compliquer, il convient d'utiliser une poussette « comme tout le monde » (2 femmes)

-1 femme pense que l'information délivrée sera trop subjective

-1 femme préfère s'informer seule grâce à internet ou auprès de ses connaissances

- 3 femmes ont déjà des enfants et savent ce qu'elles veulent utiliser comme moyen de transport ou portage

-1 femme pense qu'une information par un professionnel de santé ne pourrait rien lui apporter de plus que ce qu'elle connait déjà

-1 femme pense qu'il existe déjà trop d'informations sur internet et qu'il n'y a pas d'intérêt à en recevoir d'autres supplémentaires

7 : Périodes pendant lesquelles les femmes qui désirent une information aimeraient la recevoir (plusieurs périodes possibles) :

1er trimestre de la grossesse : 7,3%

2ème trimestre de la grossesse : 29,3%

3ème trimestre de la grossesse : 43,9%

Lors du séjour à la maternité après l'accouchement : 26,8%

Lors du suivi ambulatoire de l'enfant : 17%

8 : Professionnels de la part desquels les femmes aimeraient recevoir l'information :

Médecins généralistes : 4,9%

Sages femmes : 36,6%

Puéricultrices : 7,3%

Peu importe : 46,3%

8 : Femmes qui seraient prêtes à porter leur enfant (par n'importe quelle technique) :

Oui : 90%

Non : 10%

Portage des enfants : connaissances de la population générale:

Intérêts cités :

Pour la mère :

- Possibilité d'un contact avec l'enfant (44%)
- Aspect pratique : possibilité d'avoir les mains libres et donc de garder une meilleure autonomie (40%).
- Encombrement du matériel réduit (10%).

- Pas de limitation par le terrain ou le mode de transport dans les déplacements (6%).
- Favorise l'allaitement (allaitement possible dans certaines techniques de portage) (4%).
- Majore le plaisir maternel (2%).

Pour l'enfant :

- Possibilité d'un contact avec la mère (44%).
- Apaise et réconforte l'enfant (14%).
- Meilleur confort pour le bébé (12%).
- Permet le maintient de l'enfant à température corporelle (8%).
- Favorise l'allaitement (allaitement possible dans certaines techniques de portage) (4%).
- Protecteur pour les coliques du nourrisson (2%).

Pour la relation mère-enfant :

- Renforce la relation mère- enfant (16%).
- Compatible avec le peau à peau (4%).

<u>Inconvénients cités :</u>

Pour la mère:

- Complexité des techniques de portage avec les écharpes (22%).
- Douleur de dos du porteur (16%).
- Le contact garde trop la chaleur en été (4%).
- Aspect bizarre (2%), non esthétique (2%).
- Prix élevé des écharpes (2%).

Pour l'enfant :

- Inconfort de l'enfant (26%).
- Insécurité (vulnérabilité de l'enfant, risque de chute du porteur, mauvaise technique avec l'écharpe et risque du « nœud qui se décroche ») (18%).
- Le contact garde trop la chaleur en été (4%).
- Hygiène : l'écharpe traîne à terre quand on installe l'enfant (2%).

Pour la relation mère-enfant :

- l'enfant porté est trop habitué à être en contact avec un parent, et ne supportera pas la séparation en grandissant (6%).

3/ Interprétation des résultats :

L'étude ne porte que sur 50 femmes, ce qui est peu représentatif de la population générale.
On ne peut comparer la population étudiée à la population générale nationale car il n'existe encore aucune étude portant sur mars et avril 2009.
La population étudiée ne peut être représentative que de la région du pays du Mont Blanc.

Peu de professionnels délivrent une information sur le portage. Seules 10% (soit 5 femmes) en ont bénéficié (sans donnée sur le contenu et la qualité de l'information). Elles ont toutes trouvé un intérêt.

Les jeunes mamans sont demandeuses d'une information professionnelle sur le portage (82%). Les mamans qui ne sont pas demandeuses ne s'attendent pas à une information professionnelle pertinente, de meilleure qualité que la vulgarisation.

La plupart des mamans (90%) se disent prêtes à porter leur enfant, malgré le manque d'information qu'elles expriment.

Les patientes souhaiteraient recevoir une information pendant la grossesse (2ème et 3ème trimestre) et après l'accouchement, à la maternité puis lors du suivi de l'enfant. Pour beaucoup (46,3%), elles n'ont pas de préférence quand à la personne qui délivre l'information, mais la sage femme leur parait être la personne la mieux placée.

Les connaissances de la population générale sur le portage sont essentiellement des croyances populaires empiriques et du sens commun, sans connaissance des arguments développés par la vulgarisation. Seule une maman qui connaissait le portage pour ses ainés a cité le problème d'hygiène.

Il serait souhaitable de connaître l'opinion des professionnels de santé, en particulier des sages femmes, médecins généralistes et pédiatres, sur ce thème. Sont-ils motivés pour donner l'information ?

3- Données scientifiques

Devant cette liste non exhaustive d'avantages du portage disponibles dans la vulgarisation, il est nécessaire de rechercher dans la littérature scientifique ce qui a été étudié, et sur quoi reposent ces informations.

A / Intérêts pour la mère (et le père)

Les études sur les avantages du portage pour la mère, qui sont disponibles dans la littérature, concernent exclusivement des bébés prématurés ou de petit poids de naissance, dans des services de Néonatalogie. Ces études sortent du cadre de cette thèse, mais nous pouvons présenter rapidement les conclusions en rapport avec notre sujet :

- le portage selon la méthode Kangourou (ou peau à peau) permet de diminuer l'anxiété maternelle. Il permet une meilleure connaissance de l'enfant, d'où un changement de perception : la maman a le sentiment d'être nécessaire à l'enfant et elle se sent plus compétente dans les soins, plus optimiste, indépendamment de l'état de santé de l'enfant [1-4] ;

- le peau à peau permet de diminuer le taux de dépressions du post partum [5-7]. Les mamans ont plus de sentiment maternel et l'image de leur enfant prématuré leur parait plus normal ;

- une étude portant sur l'implication du père lors de la méthode Kangourou en remplacement des couveuses en néonatologie à Bogota, conclue que si il participe au portage, la relation avec l'enfant est améliorée, ainsi que l'environnement familial lors du retour à domicile (les parents sont rassurés dans leur rôle d'adulte- parent pour le futur de l'enfant) [8].

Ces conclusions ne peuvent être étendues aux mères d'enfants nés à terme, car il existe une anxiété et une difficulté d'acceptation du nouveau né qui est spécifique aux prématurés.

Allaitement : La méthode Kangourou en néonatalogie chez des bébés prématurés permet d'augmenter le volume de production de lait maternel [7-10] et la durée totale de l'allaitement [11]. La difficulté de lactation est aussi une particularité de l'accouchement prématuré et il est difficile de l'étendre aux enfants nés à terme.
Quelques cas sont décrits d'enfants nés à terme avec des difficultés de lactation ou d'allaitement, qui se résolvent avec l'utilisation de la méthode Kangourou [12].

B / Intérêts pour l'enfant

1 : Les pleurs

Le fait de porter les nouveaux nés à terme au moins 3h par jour, avec un contact corporel, qu'ils soient endormis ou éveillés, réduit significativement le temps de pleurs à l'âge de 6 semaines (-43%) ,8 semaines (-41%), et 12 semaines (-23%). Cela permet de réduire conjointement le temps d'agitation à l'âge de 6 et de 12 semaines [13-15].

On constate par ailleurs qu'il n'existe pas de différence significative entre le fait de porter l'enfant, ou d'augmenter la réponse parentale pour calmer les pleurs [16].

2 : Les coliques

Une étude comparant l'augmentation du temps de portage (>6h/j) et le fait d'être « sensible » et de répondre rapidement aux appels de l'enfant, chez des enfants de 4 semaines, nés à terme et souffrants de coliques du nourrisson, ne conclue pas à la supériorité d'une des méthodes pour diminuer le temps des pleurs et d'agitation [17].
Une revue systématique de la littérature en 1998 sur le traitement des coliques du nourrisson préconise d'éviter le portage sur de longues périodes, et de favoriser une sensibilité parentale aux besoins de l'enfant [18].

3 : Le reflux gastro-oesophagien

Nous n'avons trouvé aucune étude concernant l'effet éventuel du portage sur le reflux gastro-oesophagien. Cependant, la position de l'enfant porté favorise la vidange gastrique (othostatisme sans hyperpression abdominale).

4 : La douleur

Le portage en peau à peau est la meilleure technique d'analgésie (balance bénéfice/risque) chez les prématurés qui subissent un prélèvement capillaire au talon au cours des soins en unité de néonatalogie. Cela permet une diminution des pleurs et une meilleure stabilité végétative [19-24].

Nous ne pouvons pas conclure sur la pertinence du peau à peau en termes d'analgésie chez des nouveaux nés à terme lors de soins identiques.

5: Le sommeil

La méthode Kangourou en Néonatologie chez des prématurés permet une meilleure organisation des phases de veille et de sommeil lorsqu' ils arrivent à terme [25]. Le sommeil lors du peau à peau est plus stable et plus réparateur [1,26].

On n'observe pas de modification des mouvements généraux du bébé avant et après le peau à peau [27].

6 :L'allaitement

Quelques cas cliniques décrits dans la littérature suggèrent que le portage des nouveaux nés à terme ayant des difficultés d'allaitement aide la mise en place d'un allaitement efficace [12].

La méthode Kangourou en unité de Néonatalogie permet une meilleure prise de poids [7,28] et un allaitement maternel de plus longue durée [11].

7 : Les hanches

De nombreuses observations de part le monde ont permis de mettre en évidence une relation entre le mode de portage des enfants et la fréquence de la luxation congénitale de hanche : majorée dans les zones où l'on maintient les membres inférieurs des enfants en extension [29] et diminuée chez les enfants portés (Dr Nagura, Japon, 1940).

En effet, la position des hanches de l'enfant porté (en position ventrale, dorsale ou sur la hanche) est idéale pour la congruence entre la tête fémorale et le cotyle.
Le portage est conseillé pour le traitement des hanches instables simples en alternance avec la culotte d'abduction et en prévention des possibles hanches instables non diagnostiquées [30].

8 : Le rachis

Un suivi d'enfants portés (>1h/j) et d'enfant non portés ne retrouve pas de différence significative dans l'incidence d'apparition de scoliose ou de cyphose dorsale [31].

9 : Le système vestibulaire

Nous n'avons trouvé aucun article dans la littérature traitant de portage et du développement du système vestibulaire.
Une étude sur les nouveaux nés à terme en bonne santé comparant les techniques pour calmer les pleurs conclue que le plus efficace est une stimulation importante du système vestibulaire (ample et rapide) [32].

10 : Le développement psychomoteur et émotionnel

Les publications que nous avons trouvées sur ce thème concernent exclusivement des enfants prématurés ou de petit poids de naissance (donc avec un risque de retard de développement psychomoteur plus élevé), qui sont portés selon la méthode Kangourou dans les services de Néonatologie. Elles concluent à une meilleure régulation des capacités physiques et cognitives :

- à 3 mois de vie : les phases de veille sont plus efficaces, et les enfants sont capables de porter attention aux stimuli plus complexes. Ils ont un seuil de tolérance plus élevé aux émotions négatives.
- à 6 mois : les moments d'attention partagée sont plus longs et plus rapides à obtenir, d'où une meilleure exploration lors des sessions de jeux-découverte [7,25]. Les enfants sont plus calmes.
- à 9 mois : les enfants ont une meilleure organisation de leur système neuro-comportemental : ils sont plus alertes et plus sensibles, moins agités. Ils ont une meilleure concentration, une capacité à suivre plus longtemps les stimuli auditifs et visuels

- à 12 mois : les indices de développement mental et psychomoteur sont plus élevés [33].

Le portage en néonatalogie a donc des effets bénéfiques à long terme.

Biologiquement, il a été mis en évidence que la stimulation tactile et proprioceptive des prématurés stimule la sécrétion de catécholamine et de cortisol, et ainsi accélère la maturation du système sympathique [34].

Grace à de nombreux travaux d'observation dans divers pays du monde, notamment en Afrique, des ethnologues et sociologues ont développé le concept de « niche de développement précoce » d'un enfant, qui correspond à l'interface entre l'environnement culturel et l'enfant au cours de son développement. Il a été observé en Afrique que les enfants portés ont un développement psychomoteur plus précoce dans la première année de vie [35-37] pour des compétences spécifiques liées à ce que leur culture valorisait.

Cela a conduit à un raccourci entre précocité du développement psychomoteur et portage.

11 : La confiance en soi et l'autonomisation

Ce thème sera développé dans le paragraphe C, avec la relation mère-enfant.

12 : le langage

Selon les orthophonistes, l'apprentissage du vocabulaire est stimulé par le jeu « regarde – et –nomme » (quand l'enfant manifeste de l'intérêt pour un objet, on le montre du doigt et on le nomme). A force de répétition, l'enfant répète lui-même le mot. La proximité du portage permet de communiquer avec l'enfant et de faire ce jeu lors de déplacements (l'éloignement avec la poussette rend ce jeu plus difficile), ou lors des activités de la vie quotidienne [38].

13 : la sécurité

La méthode Kangourou en unité de Néonatalogie a été l'objet de nombreuses études comparant la morbi-mortalité avec les couveuses traditionnelles, montrant une réduction de la morbi-mortalié dans les pays en voie de développement [39], et l'absence de différence significative en France [40].

Une étude sur les prématurés et les nouveaux nés à terme portés en écharpe ne montre aucune différence des paramètres cardio-respiratoires (saturation et fréquence cardiaque) par rapport

au landau conventionnel, que les enfants soient portés en position horizontale ou verticale [41].

Cependant, des cas de mort inexpliquée du nourrisson au cours de portage ont été décrits en France. Aucune enquête épidémiologique cherchant une relation entre mort inexpliquée de nourrisson et portage n'a encore été conduite en France.

C/ Intérêts dans la relation mère-enfant

1 : Qualité de l'interaction parent- enfant

Les études disponibles dans la littérature s'intéressant à l'impact du portage sur la communication et les interactions entre parents et enfants, portent essentiellement sur les prématurés. La prématurité est un facteur de risque de relation mère-enfant pathologique (difficulté de communication par manque de maturité du nouveau né prématuré, structure hospitalière et soins intrusifs dans le couple mère-enfant). Cependant, certaines conclusions sont intéressantes pour notre sujet, et pourraient devenir des axes de recherches pour les enfants nés à terme.

La méthode kangourou, par augmentation de la durée du contact physique, permet d'accéder à une familiarité avec l'enfant, d'être plus sensible et de mieux comprendre ses signaux de communication, de s'adapter à ses réactions et donc d'instaurer une meilleure interactivité [3,7,15].

Cela favorise aussi l'affection envers l'enfant, l'optimisme, le sentiment maternel et l'implication dans les soins quotidiens [42].

Lorsque les deux parents participent au peau à peau, on observe plus de contact physique affectueux entre les parents et avec l'enfant, une meilleure sensibilité et une meilleure cohésion dans la famille [43].

Le peau à peau a des effets positifs à long terme (3 mois, 6 mois et 12 mois d'âge corrigé) :

- sur les perceptions et le comportement des parents. Ils plus sensibles, plus disponibles et créent un environnement plus approprié au domicile.

-sur le développement de l'organisation neuropsychologique de l'enfant. Il est plus vigilant et a un meilleur éveil social [7].

2 : La théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement de Bowlby est basée sur l'importance de la proximité entre la mère et l'enfant dans les premiers mois de vie. Il fait le postulat que les enfants ont des comportements innés (comme pleurer et sourire) destinés à promouvoir la proximité physique avec la personne qui s'occupe d'eux. Le comportement réponse de l'adulte (souvent la mère) va déterminer la nature de l'attachement que va développer l'enfant. Si la mère offre une réponse constante et adaptée aux demandes de l'enfant, cela va permettre un attachement sécure. L'enfant qui a un attachement maternel non sécure peut être évitant, résistant (déchiré entre colère et attraction) ou désorganisé (le plus pathologique).

Le portage permet une meilleure sensibilité de la mère aux besoins de l'enfant et une réponse plus précoce et plus adaptée à ses demandes. Il favorise donc l'attachement sécure [13,44,45]. Les enfants portés sourient plus tard, pleurent moins et vocalisent moins lorsqu'ils sont seuls, car ils ont moins besoin d'attirer l'attention [18].

L'attachement sécure confère à l'enfant une meilleure confiance en lui. Il est plus précoce dans l'exploration du monde et l'autonomisation car il ne craint pas la séparation avec sa mère.

3 : Intérêt du portage dans les situations pathologiques

Le portage peut être utilisé dans le cas de relation mère enfant pathologique ;
Par exemple les mères ayant une aversion pour le contact physique (elles rejettent les appels du bébé), dont les enfants ont un comportement évitant Le portage peut aider les mères à accepter le contact [44].

D/ Intérêt du portage chez les enfants autistes ou psychotiques

Le portage dans un tissu est utilisé par les psychomotriciens, pour des enfants ayant des troubles du développement de l'image du corps (autistes, enfants psychotiques aux angoisses abandonniques). Cela permet de soutenir la construction psycho corporelle, de

donner une image du corps plus fiable, plus sécure et plus organisée (écharpe enveloppante et unifiante).

Les autistes ont un « moi-peau » immature qui leur donne des angoisses de morcellement. L'utilisation de l'écharpe crée un sentiment d'enveloppe. Le portage permet aussi aux parents de percevoir une image différente de leur enfant grâce aux communications tactiles [46,47].

Le portage des nouveaux nés ayant un comportement d'évitement relationnel leur permet d'accepter progressivement le contact [48].

Le portage permet aussi de traiter les enfants présentant un syndrome de rumination idiopathique par carence sociale [49].

E/ Regard ethnologique sur le portage en France :

Les méthodes de puériculture renvoient à la culture d'appartenance ou de référence, c'est-à-dire l'ensemble des croyances, pratiques et savoirs partagés par les membres de la société. Le portage en écharpe n'est ni une pratique étrangère ni une coutume en France. Porter son enfant, c'est réaliser un détour par rapport au sens commun. Il faut se décentrer par rapport aux modes de fonctionnements habituels et savoir développer des dispositions nouvelles.

Les parents qui portent leur enfant sont soumis au jugement par le milieu environnant. Ils peuvent être victimes de réaction d'exclusion, surtout si leur statut social est défavorisé. Les mères immigrées qui portent traditionnellement leur enfant s'interdisent de le porter à l'extérieur, pour ne pas provoquer de réaction négative de l'environnement.

En France, le « face à face » est la référence pour développer une relation de qualité avec l'enfant. Le portage en écharpe permet de développer d'autres circuits sensoriels pour communiquer avec l'enfant [50].

THESE SOUTENUE PAR : Anne GUILLOUET

TITRE : LE PORTAGE EN ECHARPE

4- Conclusion

L'information délivrée par le corps médical doit se baser exclusivement sur des données scientifiques.

Or il n'existe que peu de publications sur le portage en écharpe des enfants nés à terme, ce qui dévoile un écart important entre les croyances populaires alimentées par la vulgarisation et les résultats des études scientifiques.

Nous assistons actuellement à un essor du portage des enfants en écharpe, comme en témoigne la multiplication des associations de portage. Le développement du portage en écharpe devrait déboucher sur des études à base d'échantillons de population plus importants qualitativement et quantitativement. Tous les thèmes abordés et mis en avant par la vulgarisation devraient être étudiés selon des critères scientifiques avec l'élaboration d'un bon niveau de preuve.
Il appartiendra au corps médical, et en particulier aux pédiatres et médecins généralistes suivant ces enfants d'observer et de répertorier tous les événements nouveaux, bienfaits ou risques, pouvant être reliés au portage en écharpe.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le

FACULTE DE MEDECINE - UNIVERSITE JOSEPH FOURIER GRENOBLE 1 - FACULTE DE MEDECINE SCOLARITE

LE DOYEN

Pour le Doyen
et par délégation
Le Vice-Doyen
Pr J.P. ROMANET

LE PRESIDENT DE THESE

PROFESSEUR DEPAUL

5- Bibliographie

[1]-Johnson AN. The Maternal Experiences of Kangaroo Holding. *J Obst Gynecol Neonat Nurs* 2007; 36: 568-573

[2]-Lee SB, Shin HS. Effects of Kangaroo Care on anxiety, maternal role confidence, and maternal infant attachment of mothers who delivred preterm infants. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2007; 37:949-56

[3]-Roller CG. Getting to know you : mothers' experiences of kangaroo care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005; 34:210-7

[4]-Tessier R, Cristo M, Velez S, et al. Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. *Pediatrics* 1998; 102:e17

[5]-de Alencar AE, Arraes LC, de Albuquerque EC, et al. Effect of kangaroo mother care on postpartum depression. *J Trop Pediatr* 2009; 5:36-8

[6]-Dombrowski MA, Anderson GC, Santori C, et al. Kangaroo (skin-to-skin) care whith a postpartum woman who felt depressed. *MCN Am J Matern Child Nur*s. 2001; 26:214-6

[7]-Feldman R, Eidelman AI, Sirota L, et al. Comparison of Skin-to-Skin (Kangaroo) and Traditional Care : Parenting Outcomes and Preterm Infant Development. *Pediatrics* 2002 ; 110 : 16-26

[8]-Tessier R, Charpak N, Giron M, et al. Kangaroo Mother Care, home environment and father involvment in the first year of life : a randomized controlled study. *Acta Paediatr* 2009; 98: 1444-50

[9]-Hurst NM, Valentine CJ, Renfro L, et al. Skin-to-skin holding in the neonatal intensive unit influences maternal milk volume. *J Perinatol* 1997; 17:213-7

[10]-Lau C, Hurst NM, Smith EO, et al. Ethnic/racial diversity, maternal stress, lactation and very low birthweight infants, *J Perinatol* 2007; 27:399-408

[11]-Hake-Brooks SJ, Anderson GC. Kangaroo care and breastfeeding of mother-preterm dyads 0-18 months : a randomized, controlled trial. *Neonatal Netw* 2008; 27:151-9

[12]-Meyer K, Anderson G. Using Kangaroo Care in a Clinical Setting with fullterm Infants Having Breastfeeding Difficulties, *American Journal of Maternal Child Nursing* 1999; 24:190-192

[13]-Cunningham N, Anisfeld E, Casper V, et al. Infant Carring, Breast Feeding, and Mother-Infant Relations. *The Lancet* 1987 ; Letters to the Editor : 379

[14]-Hunziker UA, Barr RG. Increased Carrying Reduces Infant Crying : A Randomized Controlled Trial, *Pediatrics* 1986; 77:641-648

[15]-Korja R, Maunu J, Kirjavainen J, et al. Mother-infant interaction is influenced by the amoung of holding preterm infants. *Early Hum Dev* 2008 ; 84 :257-267

[16]-St James-Roberts I, Hurry J, Bowyer J, et al. Supplementary carrying compared with advice to increase responsive parenting as interventions to prevent persistent infant crying, *Pediatrics* 1995; 95:381-8

[17]-Barr RG, McMullan SJ, Spiess H, et al. Carrying as colic « therapy » : a randomized controlled trial. *Pediatrics* 1991; 87:623-630

[18]-Lucassen PLBJ, Assendelft WJJ, Gubbels JW, et al. Effectivness of treatments for infantil colic : systematic review. *BMJ* 1998; 316:1563-1569

[19]-Axelin A, Salanterä S, Kirjavainen J, et al. Oral Glucose and Parental Holding Preferable to Opioid in Pan Management in Preterm Infants. *The Clinical Journal of Pain* 2009; 25:138-145

[20]-Cong X, Lundington-Hoe SM, McCain G, et al. Kangaroo Care modifies preterm infant heart rate variability in response to heel stick pain : pilot study. *Early Hum Dev* 2009; 85:561-7

[21]-Freire NB, Garcia JB, Lamy ZC. Evaluation of analgesic effect of skin-to-skin contact compared to oral glucose in preterm neonates. *Pain* 2008; 139 :28-33

[22]-Kashaninia Z, Sajedi F, Rahgozar M, et al. The effect of Kangaroo Care on behavioral responses to pain of an intramuscular injection in neonates. *J Spec Pediatr Nurs* 2008; 13:275-80

[23]-Kostandy RR, Ludington-Hoe SM, Cong X, et al. Kangaroo Care (skin contact) reduces crying response to pain in preterm neonates : pilot results. *Pain Manag Nurs* 2008; 9:55-65

[24]-Ludington-Hoe SM, Hosseini R, Torowicz DL. Skin-to-skin contact (Kangaroo Care) analgesia for preterm infant heel stick. *AACN Clin Issues* 2005; 16:373-87

[25]-Feldman R, Weller A, Sirota L, et al. Skin-to-skin contact (Kangaroo care) promotes self-regulation in premature infants : sleep-wake cyclicity, arousal modulation, and sustained exploration. *Dev Psychol* 2002; 38:194-207

[26]-Smith KM. Sleep and Kangaroo Care : Clinical Practice in the Newborn Intensive care Unit : Where the Baby Sleeps. *J Perinatal & Neonatal nursing* 2007; 21:151-7

[27]-Constantinou JC, Adamson-Macedo EN, Stevenson DK, et al. Effect of skin-to-skin holding on general movements of preterm infants. *Clin Pediatr (Phila)* 1999; 38:467-71

[28]-Venancio SI, de Almeida H. Kangaroo-Mother Care : scientific evidence and impact on breastfeeding, *J Pediatr (Rio J)*. 2004; 80 Suppl 5 :173-80

[29]-Salter RB. Etiology, Pathogenesis and Possible Prevention of Congenital Dislocation of the Hip. *The Canadian Medical Association Journal* 1968; 98:933-945

[30]-Seringe R, Dubrana F. Le bébé et sa hanche. A suivre de près. Communiqué de presse, Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique. 2006 Mar. Disponible sur internet : URL : http//sofcot.com.fr/03-espace-grand-public/publication/432.pdf

[31]-Evelyn Kirkilionis, *Ein Baby will getragen sein*, München, Kösel-Verlag, 1999

[32]-Korner AF, Thoman EB. The Relative Efficacy of Contact and Vestibular-Proprioceptive Stimulation in Soothing Neonates. *Child Devlopment* 1972; 43:443-453

[33]-Oghi S, Fukuda M, Moriuchi H, et al. Comparaison of Kangaroo Care and Standard Care : Behavioral organization, Devlopment, and Temperament in Healthy, Low-Birth-Weight Infants Through 1 Year. *J Perinat* 2002 ; 22:374-379

[34]-Kuhn CM, Schanberg SM, Field T, et al. Tactil-kinesthetic stimulation effects on sympathetic and adrenocortical function in preterm infants. *J Pediatr* 1991; 119:434-40

[35]-Bril B. Culture et premières acquisitions motrices : enfants d'Europe, d'Asie, d'Afrique. J *Pédiatr Puériculture* 1997 ; 10 :302-314

[36]-Bril B. Rôle de « la niche de développement » sur les expériences précoces de l'enfant. *Rev de Med Psychosom* 1994 ; 37/38 :127-148

[37]-Gerber M. L'environnement et le développement des enfants africains. *Enfance* 1973 ; 23 :145-74

[38]-Ingrid van den Peereboom, *Peau à Peau. Technique et pratique du portage*, Editions Jouvence, 2006

[39]-*La méthode « mère kangourou », guide pratique de l'OMS*. Genève. Bibliothèque de l'OMS.2004

[40]-Zaoui-Grattepanche C, Balitaliké J, Lapeyre F, et al. Soins kangourou avec portage en unité kangourou : évaluation dans un service de néonatologie de niveau 3. *Rev Med Périnat* 2009 ; 1 :139-145

[41]-Stening W, Nitsch P, Wassmer G, et al. Cardiorespiratory Stability of Premature and Term Infants Carried in Infant Slings. *Pediatrics* 2002; 110: 879-883

[42]-Gathwala G, Singh B, Balhara B. KMC facilitates mother baby attachment in low birth weight infants. *Indian J Pediatr* 2008; 75:43-7

[43]-Feldman R, Weller A, Sirota L, et al. Testing a family intervention hypothesis : the contribution of mother-infant skin-to-skin (kangaroo care) to family interaction, proximity , and touch. *J Fam Psychol* 2003; 17:94-107

[44]-Anisfeld E, Casper V, Nozyce M, et al. Does Infant Carrying Promote Attachment ? An Experimental Study of the Effects of Increased Physical Contact on the Development of Attachment. *Child Dev* 1990 ; 61 :1617-1627

[45]-Guedeney A, Le Meur H. S'attacher pour mieux se libérer. *La Recherche* 2005 Jul-Aug ; 388 :66-69

[46]-Bruchon M, Savary M. Un métier à tisser des liens au fil de soi. Témoignages et réflexions autour de l'utilisation des tissus en psychomotricité. *Thérapie psychomotrice et recherch* .2008 ; 155 :76-91

[47]-Gaucher-Hamoudi O. Le portage au travers des pérégrinations d'une psychomotricienne. *Thérapie psychomotrice et recherche* 2007 ; 151 :4-12

[48]-Claude-Suzanne Didierjean- Jouveau : *Porter bébé, Avantages et bienfaits*, Editions Jouvence, 2008

[49]-Whitehead WE, Dresher VM, Morill-Corbin E, et al. Rumination syndrome in children treated by increased holding. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1985; 4:550-6

[50]-Barbien-Le Deroff MA. Quand les mamans occidentales portent leur enfant au dos « à l'africaine » : des interactions singulières et stimulantes. *L'autre, Cliniques, culture et sociétés* 2004, 5:243-254

Photographies :

1 Olivier Chomis, Burkina Faso. Août 2008

2-3 Murielle Favre, Association « Porter son enfant »

4 Marco Nazarri, *Le Grand Nord*, Edition Gründ, 1998

5 Béatrice Fontanel et Claire d'Harcourt, *Bébés du Monde*, Edition La Martinière, 1998

Sites internet de vulgarisation :

www.afpb.fr(association française du portage des bébés, référence pour nationale pour la formation des monitrices de portage en écharpe)

www.bebenaturel.com

www.bebe-portage.com

http:\\gazou-gazelle.e-monsite.com

www.kubeba.com

www.portersonbebe.com

www.portersonenfant.fr

http:\\solaletluna.over-blog.com

6- Annexes

Enquête d'opinion à réaliser à la maternité de Sallanches chez toutes les femmes ayant accouché du 16/03 au 5 /04/ 2009

1 : Quel est votre âge ?

2 : Votre profession ?

3 : Etes vous : primipare / multipare ?

4 :Allaitez-vous ? oui □ non □

5 : Qui va assurer le suivi de votre enfant ? : □ Médecin Généraliste
□ Pédiatre

6 : Une personne du corps médical vous a- t- elle délivrée une information sur les différentes techniques de portage de l'enfant ?

Oui □ Non □

- si OUI : quand ? : -lors de votre suivi de grossesse : □ Médecin traitant ?
□ Gynécologue ?
□ Sage femme ?
□ Lors de vos cours de préparation à l'accouchement ?
□ Lors de votre séjour à la maternité ?

Cela vous a-t-il paru intéressant ? Oui □ Non □

Pourquoi ?

Cette approche a-t-elle modifié vos convictions ? Oui □ Non □

Cette approche a-t-elle modifié votre comportement ? Oui □ Non □

7 : Pensez- vous judicieux de recevoir une information sur les différents types de portage de l'enfant par un professionnel de santé ? Oui □ Non □

- si Oui : A quel moment ? :
  - □ Projet de grossesse
  - □ Premier trimestre
  - □ Deuxième trimestre
  - □ Troisième trimestre
  - □ A la maternité après l'accouchement
  - □ Lors du suivi de l'enfant

Par qui ?
- □ Médecin traitant
- □ Sage femme
- □ Puéricultrice

- si Non : pourquoi ?

8 : Portage des enfants sur le corps (écharpe, porte bébé, méthode kangourou)

- Connaissez-vous des avantages de ce type de port ? Oui □ Non □

Si Oui, lesquels ?

- -
- -
- -
- -

- Connaissez-vous des inconvénients de ce type de port ? Oui □ Non □

Si Oui, lesquels ?

-

-

-

- Seriez –vous prêts à porter votre enfant sur vous ? Oui □ Non □

Pourquoi ?

Quelles sont vos interrogations et inquiétudes sur ce sujet ?

-

-

-

-

-

Résumé

Le portage des enfants en écharpe connait de nos jours un important essor en France. Une enquête auprès de jeunes parents montre leur intérêt pour cette méthode de portage et leur demande d'information auprès du corps médical.

Un travail scientifique est nécessaire pour délivrer une information fiable sur les intérêts et les risques du portage en écharpe, en ambulatoire, des enfants nés à terme.

L'objectif de ce travail est de rechercher dans la littérature scientifique des preuves pour affirmer ou infirmer les différents avantages du portage mis en avant par l'information de vulgarisation.

Les intérêts évoqués concernent les parents, l'enfant et la relation mère- enfant.

Il existe peu d'études sur le sujet, comparativement aux publications sur la méthode Kangourou des enfants prématurés en service de Néonatalogie. Ces rares études mettent cependant en avant certains avantages du portage.

L'information médicale que nous pouvons délivrer à ce jour est partielle et insuffisante. Il parait nécessaire de promouvoir de futures études bénéficiant d'un échantillon de population d'enfants portés plus importants, afin de posséder des informations avec un niveau de preuve acceptable sur les intérêts et les risques du portage en écharpe.

Mots clés : Portage en écharpe - Relation mère-enfant - Attachement - Pleurs - Coliques du nourrisson - Douleur - Allaitement - Luxation congénitale de hanche - Développement psychomoteur - Langage