



Parcours de soins des nouveau-nés admis au service de néonatalogie du Centre Hospitalier Universitaire Tambohobe Fianarantsoa.

Care pathways of newborns admitted to the neonatology unit at the Tambohobe University Hospital Center, Fianarantsoa.

T P RAMAMONJINIRINA ^{(1,4)*}, N H RAVELOHARIMINO ^(2,5), L D E RAZAFINDRABEKOTO ^(3,4),
N D RANDRIANOMENJANAHARY ⁽¹⁾, N M L RAKOTOMAHEFA ^(1,4)

- (1) Service de Pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Tambohobe, Fianarantsoa, Madagascar
(2) Service de Néonatalogie, Centre Hospitalier Universitaire Androva, Mahajanga, Madagascar
(3) Service de Réanimation, Centre Hospitalier Universitaire Tambohobe, Fianarantsoa, Madagascar
(4) Faculté de Médecine de Fianarantsoa
(5) Faculté de Médecine de Mahajanga

Soumis le 17 Octobre 2025
Accepté le 28 Décembre 2025

RESUME

Introduction : La période néonatale est l'une des phases les plus critiques de la vie en raison de la fragilité du nouveau-né. Dans les pays en développement, les pathologies néonatales constituent un problème majeur de santé publique. L'objectif principal de cette étude était de décrire les parcours de soins des nouveau-nés durant leur hospitalisation à l'Hôpital Tambohobe de Fianarantsoa. **Méthodes :** Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique de la conformité des soins, menée sur une période d'un mois, allant du 12 novembre 2024 au 12 décembre 2024. La population d'étude comprenait les nouveau-nés âgés de 0 à 28 jours hospitalisés dans le service de néonatalogie. **Résultats :** L'étude a inclus 22 nouveau-nés. Une forte majorité (77,27 %) a été admise dans les premières 24 heures de vie. On note une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,44. Les nouveau-nés nés à terme représentaient 68,18 % des admissions, tandis que 36,36 % présentaient un faible poids de naissance (< 2500 g). La dyspnée était le motif d'hospitalisation le plus fréquent (59,09 %). L'analyse de la conformité a révélé que les retards de prise en charge initiale concernaient 60 % des cas d'infections néonatales. Les principaux facteurs de non-conformité étaient le jeune âge maternel (moins de 20 ans), le faible niveau d'instruction des mères (51,28 %) et la précarité socio-économique des familles. Le taux de guérison a été de 86,36 %, avec un taux de mortalité spécifique de 9,09 %. **Conclusion :** Le pronostic du nouveau-né dépendait étroitement de la fluidité de son parcours de soins. L'amélioration de la prise en charge nécessite un renforcement de la communication entre la maternité et la néonatalogie, une sensibilisation des mères adolescentes et un soutien social pour les familles démunies afin de réduire la mortalité néonatale.

Mots clés : Madagascar ; Nouveau-né ; Parcours de soins ; Précarité.

ABSTRACT

Background: The neonatal period is one of the most critical phases of life due to the fragility of newborns. In developing countries, neonatal conditions represent a major public health problem. The primary objective of this study was to describe the care pathways of newborns during their hospitalization at the Tambohobe Hospital in Fianarantsoa. **Methods:** This was a descriptive and analytical cross-sectional study of care compliance, conducted over a one-month period from November 12, 2024, to December 12, 2024. The study population consisted of newborns aged 0 to 28 days hospitalized in the neonatal unit. **Results:** The study included 22 newborns. A large majority (77.27%) were admitted within the first 24 hours of life. There was a predominance of males, with a sex ratio of 1.44. Full-term newborns accounted for 68.18% of admissions, while 36.36% had low birth weight (< 2500 g). Dyspnea was the most common reason for hospitalization (59.09%). Compliance analysis revealed that delays in initial management occurred in 60% of cases of neonatal infections. The main factors contributing to non-compliance were young maternal age (under 20 years), low maternal education level (51.28%), and the families' socioeconomic vulnerability. The cure rate was 86.36%, with a case-specific mortality rate of 9.09%. **Conclusion:** The newborn's prognosis depended closely on the continuity of their care pathway. Improving care requires enhanced communication between the maternity ward and the neonatal unit, raising awareness among adolescent mothers, and providing social support for disadvantaged families to reduce neonatal mortality.

Keywords : Care pathway ; Madagascar ; Newborn ; Vulnerability.

INTRODUCTION

La période néonatale est l'une des phases les plus critiques de la vie en raison de la fragilité du nouveau-né et de l'immaturité fonctionnelle de nombreux organes. Toute lésion subie durant cette phase d'adaptation peut avoir des conséquences irréversibles [1]. Par conséquent, la naissance et les premiers jours de vie sont déterminants pour l'avenir d'un enfant, une période où le nouveau-né est particulièrement vulnérable face à une morbidité et une mortalité élevée. Ces taux de mortalité et de morbidité reflètent non seulement le statut socio-économique d'un pays, mais aussi l'efficacité et l'efficacité de ses services de soins de santé [2]. La prise en charge des nouveau-nés, et en particulier des nouveau-nés malades, est donc une priorité

majeure [1].

Dans les pays en développement, les pathologies néonatales constituent un problème majeur de santé publique [3]. Les principales causes incluent les infections néonatales, les complications de la prématurité et l'asphyxie périnatale [4], lesquelles nécessitent sou-

Du Service de Pédiatrie,
Centre Hospitalier Universitaire Tambohobe, Fianarantsoa

* **Auteur correspondant :**

Dr. Tahina Prudence RAMAMONJINIRINA

Adresse : Service de Pédiatrie
Centre Hospitalier Universitaire Tambohobe
Fianarantsoa, Madagascar

Téléphone : +261 34 41 566 61

E-mail : rtahinaprudence@yahoo.fr

vent l'hospitalisation des nouveau-nés. Toutefois, les soins appropriés doivent être équilibrés avec les risques de l'hospitalisation en néonatalogie, comme l'interruption du lien mère-enfant et les interventions non nécessaires [5]. L'objectif principal de ce travail est de décrire les parcours de soins des nouveau-nés durant leur hospitalisation et d'évaluer si les caractéristiques de l'hospitalisation au service de pédiatrie sont adaptées ou non en se référant aux standards du protocole de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Tambohobe.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

L'étude a été menée au sein du service de néonatalogie du Centre Hospitalier Universitaire de Tambohobe à Fianarantsoa. Il s'agissait d'une étude qualitative portant sur l'analyse des parcours de soins des nouveau-nés hospitalisés. La période d'étude s'étendait sur un mois, du 12 novembre 2024 au 12 décembre 2024. La population étudiée était constituée de nouveau-nés âgés de 0 à 28 jours de vie (J0-J28), hospitalisés dans le service de néonatalogie du CHU Tambohobe de Fianarantsoa durant la période d'étude.

Ont été inclus tous les nouveau-nés hospitalisés dans le service de néonatalogie pendant la période d'étude. Le critère de jugement principal consistait en l'évaluation de la conformité du parcours de soins des nouveau-nés hospitalisés, selon les protocoles en vigueur dans le service. Le parcours de soins était défini comme conforme au protocole du service lorsque la prise en charge clinique initiale était appropriée, et/ou que les examens complémentaires nécessaires avaient été réalisés au cours de l'hospitalisation, et/ou que le traitement instauré était adapté à la pathologie suspectée ou confirmée, et/ou qu'aucune rupture thérapeutique n'avait été observée avec une disponibilité continue des médicaments. Il était non conforme au protocole du service en cas de prise en charge clinique initiale inadaptée, d'absence d'examen complémentaires indiqués, de survenue d'une rupture de traitement, ou d'indisponibilité des médicaments nécessaires.

Les critères secondaires visaient à identifier les facteurs associés à un parcours de soins non conforme et/ou à une hospitalisation inadaptée, à travers la description des caractéristiques cliniques et démographiques des nouveau-nés : sexe, âge gestationnel, poids de naissance, durée d'hospitalisation et mode d'alimentation. La prématurité était définie par un âge gestationnel inférieur à 37 semaines d'aménorrhée (SA) ; la description des caractéristiques sociodémographiques des parents : âge, parité, profession, niveau d'instruction et situation de précarité. La profession parentale était classée selon les Catégories Socio-Professionnelles (CSP) utilisées à Madagascar ; l'analyse des parcours de soins en lien avec les interventions médicales et les protocoles du service de pédiatrie du CHU Tambohobe, en recherchant des corrélations entre les caractéristiques cliniques et sociodémographiques et les modalités de prise en charge, en fonction de la pathologie ayant motivé l'hospitalisation. Les variables analysées ont été définies afin de répondre aux objectifs de l'étude et d'évaluer la conformité des parcours de soins en fonction des pratiques

du service. Pour les variables communes à l'ensemble des diagnostics, les données recueillies concernaient le délai entre l'admission et la prise en charge avec la réalisation des examens complémentaires, considéré comme conforme lorsqu'il était immédiat et non conforme lorsqu'il était retardé, la pertinence des examens complémentaires réalisés, évaluée selon leur adéquation à la situation clinique, le délai d'instauration du traitement, jugé conforme en cas de mise en route immédiate et non conforme en cas de retard. la fréquence de la surveillance clinique, considérée comme conforme lorsque les contrôles étaient effectués toutes les trois heures ou à une fréquence supérieure, l'évolution clinique au cours de l'hospitalisation, classée comme favorable ou défavorable (aggravation), le parcours global de soins, quel que soit le diagnostic, incluant la qualité de la prise en charge initiale, la réalisation des examens complémentaires, l'adéquation du traitement selon le protocole du service et la disponibilité des médicaments.

Pour les variables spécifiques selon les pathologies prises en charge, ont été évalués pour l'infection néonatale bactérienne l'adéquation de l'antibiothérapie initiale, jugée conforme lorsqu'elle était adaptée aux résultats microbiologiques disponibles, le délai d'administration de la première dose d'antibiotiques, considéré comme conforme en cas d'administration immédiate, la durée totale de l'antibiothérapie, jugée conforme selon les recommandations du service : moins de 7 jours en cas de CRP de contrôle négative, entre 7 et 10 jours pour les infections sans atteinte méningée, supérieure à 14 jours en cas d'atteinte méningée documentée.

Pour l'ictère néonatal, il s'agissait de l'adéquation du traitement, considérée conforme lorsqu'il associait une prise en charge symptomatique et étiologique, la durée du traitement, jugée conforme lorsqu'elle était inférieure à 7 jours en cas d'évolution favorable, comprise entre 7 et 14 jours selon l'évolution clinique, et non conforme au-delà de 14 jours en l'absence de justification clinique.

Pour l'asphyxie périnatale, il s'agissait de l'utilisation systématique ou non de la classification de Sarnat pour l'évaluation de l'encéphalopathie hypoxo-ischémique, la mise en œuvre des mesures de neuroprotection, considérée conforme lorsque l'hypothermie thérapeutique était instaurée selon les indications, la planification de la sortie avec organisation d'un suivi neurologique, évaluée comme appropriée ou non.

Pour la maladie hémorragique du nouveau-né, ont été évalués l'adéquation des interventions thérapeutiques, jugée conforme lorsqu'elles correspondaient aux résultats des explorations diagnostiques et les critères de sortie, considérés comme satisfaits en présence d'une hémostase normalisée et de l'absence de saignement actif.

Pour la prématurité, il s'agissait de l'adéquation des traitements administrés, jugée conforme lorsqu'ils étaient adaptés à l'état clinique et à l'évolution du nouveau-né, les critères de sortie, comprenant la stabilité clinique définie par un poids jugé satisfaisant, une respiration autonome, une alimentation orale efficace et l'absence d'infection évolutive.

Le protocole de cette étude a reçu l'approbation du Comité d'Éthique de la Faculté de Médecine de Fianarantsoa avant sa réalisation.

RESULTATS

Un total de 22 nouveau-nés a été inclus durant la période étudiée représentant les cas des pathologies les plus rencontrées dans le service. Les pathologies motivant l'hospitalisation étaient dominées par l'infection néonatale (36% et l'asphyxie périnatale (36%) (Tableau I).

L'étude du parcours de soins des nouveau-nés a été effectuée en considérant les diagnostics motivant l'hospitalisation. Concernant les 8 nouveau-nés atteints d'une infection néonatale bactérienne ; trois nouveau-nés sur 8 (37,50%) avaient des parcours de soins non conformes.

Les non-conformités concernaient principalement le retard de prise en charge initiale qui concernaient deux nouveau-nés, et le manque de régularité dans les contrôles, pour un cas. Un nouveau-né parmi les 3 atteints d'un ictère néonatal, avait une prise en charge non conforme caractérisée par une irrégularité des contrôles cliniques durant l'hospitalisation. Il en est de même pour l'un des deux nouveau-nés diagnostiqués comme maladie hémorragique du nouveau-né. Quant aux quatre nouveau-nés atteints d'une asphyxie périnatale, l'un avait une mauvaise évaluation clinique, et un autre avait une mauvaise surveillance clinique. Pour ceux qui sont des deux nouveau-nés prématurés, leurs parcours de soins étaient tous conformes.

La déduction du parcours de soins de tous les nouveau-nés est représentée sur la Figure 1. Les raisons de la non-conformité de soins étaient principalement liées aux problèmes financiers au sein de la famille (33,33 %), ainsi qu'à un retard des résultats au laboratoire et une surcharge de travail chez les soignants, chacun représentant également 33,33 % (Tableau II).

Une analyse de corrélation entre la survenue de complications et la conformité des soins a été effectuée et il y avait une association significative entre l'apparition de troubles respiratoires et la non-conformité des soins (Tableau III). La conformité des soins n'influait pas de manière significative ni la durée d'hospitalisation ($p=0,28$) ni la survenue de décès ($p=0,45$).

DISCUSSION

L'analyse des données issues de notre étude montre que 68,18 % des parcours de soins dispensés aux nouveau-nés admis au service de néonatalogie du CHU de Tambohobe étaient conformes aux protocoles établis. Ce taux reflète un niveau d'adhésion globalement satisfaisant aux recommandations en vigueur, tout en mettant en évidence certaines insuffisances, notamment dans la régularité des surveillances cliniques, la documentation ou la coordination interdisciplinaire. Des données comparables ont été rapportées dans d'autres contextes africains. Au Rwanda, une étude observationnelle réalisée par Ndayambaje et al dans un hôpital de district a révélé une conformité moyenne de 63,4 % aux soins essentiels recommandés par l'OMS. Les faiblesses identifiées concernaient la surveillance de la température, l'examen systématique du cordon ombilical, et la documentation des actes réalisés [6]. Ce niveau de performance, proche du nôtre, suggère que malgré l'existence de protocoles, leur application

reste partielle dans plusieurs établissements de soins secondaires en Afrique subsaharienne.

Tableau I : Diagnostics d'hospitalisation

| Variable | Effectif n = 22 | Proportion % |
|----------------------|--------------------|-----------------|
| Asphyxie périnatale | 8 | 36,3 |
| Infection néonatale | 8 | 36,3 |
| Ictère néonatal | 3 | 13,6 |
| Prématurité | 2 | 9,09 |
| Maladie hémorragique | 1 | 4,55 |

Tableau II : Raisons de non-conformité des soins

| Variable | Effectif n = 6 | Proportion % |
|--|-------------------|-----------------|
| Liés à la famille <i>Problème financière</i> | 2 | 33,3 |
| Liés aux soignants <i>Retard des résultats au laboratoire</i> | 2 | 33,3 |
| <i>Surcharge de travail</i> | 2 | 33,3 |

Tableau III : Répartition des nouveau-nés selon les complications de l'hospitalisation

| Complications | Parcours conforme n = 15 | Parcours Non conforme n = 7 | p |
|---------------|-----------------------------|--------------------------------|------|
| Aucune | 8 (36,3) | 3 (13,6) | 0,34 |
| Infectieuses | 2 (9,09) | 1 (4,5) | 0,06 |
| Digestives | 2 (9,09) | 0 (0) | 0,37 |
| Neurologiques | 2 (9,09) | 0 (0) | 0,37 |
| Respiratoires | 1 (4,5) | 3 (31,8) | 0,02 |

Au Kenya, l'évaluation menée à partir des données du DHS 2022 révèle une situation plus préoccupante. Seuls 32,7 % des nouveau-nés ont bénéficié de l'ensemble des interventions essentielles recommandées après la naissance, notamment le contact peau à peau, l'allaitement dans l'heure suivant l'accouchement, et la prophylaxie oculaire [7]. Ces résultats soulignent une faible couverture des soins postnatals immédiats dans certains environnements, souvent en lien avec la surcharge du personnel, le manque de formation continue et l'absence de suivi systématique. À une échelle plus large, Shiras et al, dans une analyse regroupant 45

pays à revenus faible et intermédiaire, ont constaté que pour la moitié des indicateurs évalués, la couverture des soins essentiels aux nouveau-nés restait inférieure à 66 %, en particulier dans les structures publiques [8]. Cette tendance générale confirme que le respect intégral des protocoles reste un défi global, même lorsque les lignes directrices sont bien définies.

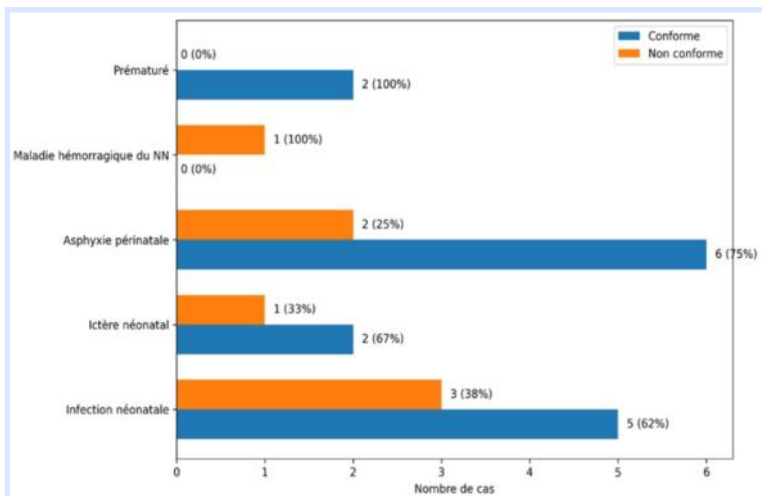


Figure 1 : Parcours de soins des nouveau-nés

Dans notre contexte, le taux de conformité atteint, bien qu'imparfait, témoigne d'une dynamique de structuration et d'une volonté manifeste de mettre en œuvre les bonnes pratiques. Le recours à des protocoles écrits, la proximité entre les services de maternité et de néonatalogie, ainsi que la présence d'équipes expérimentées ont probablement contribué à ces résultats. Néanmoins, l'harmonisation des pratiques, le renforcement de la supervision clinique, et l'amélioration des ressources matérielles et humaines restent essentiels pour atteindre une conformité optimale.

Dans notre étude, les problèmes financiers ont été rapportés dans 33,33 % des cas de non-conformité des soins, en tant que principal obstacle à la continuité d'une prise en charge conforme aux protocoles. Ce constat est largement corroboré par d'autres travaux en contexte africain. Ainsi, West et Briggs, dans une étude prospective menée entre 2021 et 2023 au Rivers State University Teaching Hospital au Nigeria, ont identifié les contraintes économiques comme la première cause de sortie contre avis médical chez les nouveau-nés, représentant 57,5 % des situations de DAMA [9]. De même, Shamba et al, à travers une étude qualitative en Tanzanie (2019), ont montré que de nombreuses familles, bien qu'informées des signes de gravité chez le nouveau-né, retardaient ou interrompaient la prise en charge en raison de l'impossibilité d'assumer les coûts associés, notamment pour les médicaments ou les examens non disponibles dans les structures publiques [10]. Ces données soulignent que, les charges directes et indirectes restent à la charge des familles, ce qui constitue une entrave majeure à l'accès aux soins adéquats. La proportion plus faible observée dans notre étude peut s'expliquer par la brièveté de la période d'observation, par une aide ponctuelle communautaire ou institutionnelle, ou encore par une sous-

déclaration de la précarité financière. Toutefois, la convergence des résultats confirme que la barrière économique demeure un facteur structurel clé de la non-conformité des soins néonataux dans les pays à revenu faible. Le renforcement de la politique de gratuité effective des soins néonataux et la création de fonds communautaires solidaires constitueraient des mesures efficaces pour garantir l'équité d'accès. La surcharge de travail des soignants a été identifiée dans notre étude comme un facteur de non-conformité dans 33,33 % des cas, affectant la régularité de la surveillance clinique, la qualité de la documentation et la coordination des soins. Ce constat s'inscrit dans une tendance bien documentée dans les contextes hospitaliers africains. En Ouganda, l'étude qualitative menée par Aantjes et al (2022) dans plusieurs hôpitaux publics a révélé que la pénurie de personnel, notamment d'infirmières en néonatalogie, contraignait les équipes à superviser simultanément plusieurs nouveau-nés dans un environnement sous-équipé, exposant les enfants à des risques accrus d'erreurs, d'omissions ou de retards dans les soins [11]. De même, West et Briggs (2023) ont observé que la surcharge professionnelle des soignants contribuait indirectement aux décisions de sortie contre avis médical, les familles percevant parfois un manque de disponibilité ou une lenteur dans les réponses cliniques, ce qui nourrissait leur défiance et précipitait l'interruption des soins [12]. Notre étude partage ces constats, bien que les proportions soient similaires (33,33 %). Cette convergence souligne l'impact organisationnel de la sous dotation en personnel, particulièrement en néonatalogie, où la qualité du suivi repose sur une vigilance constante. Il en découle que la surcharge de travail n'est pas seulement un problème interne de gestion des ressources humaines, mais un déterminant direct de la qualité et de la conformité des soins offerts aux nouveau-nés hospitalisés. L'optimisation des effectifs, la mise en place de gardes de laboratoire continues et la maintenance régulière des équipements contribueraient à l'amélioration de la qualité et de la continuité des soins.

Les retards dans l'obtention des résultats d'examen biologiques ont été identifiés comme l'un des principaux facteurs de non-conformité des soins néonataux, représentant 33,33 % des cas. Ce constat s'explique dans notre contexte par la fréquence des pannes d'automates, le manque d'équipements fonctionnels et la rupture récurrente de réactifs, limitant l'accès à des examens indispensables à la décision clinique tels que la CRP, la NFS ou la bilirubinémie. Cette problématique est également rapportée dans d'autres contextes africains. A Ouagadougou, Ouédraogo et al ont montré que 94,74 % des prestataires du CHU pédiatrique Charles de Gaulle signalaient des ruptures fréquentes d'équipements et de consommables, avec des délais de réparation atteignant en moyenne 34 jours, entravant fortement la mise en œuvre des protocoles diagnostiques et thérapeutiques [13]. Au Cameroun, Nguefack et al ont rapporté que l'indisponibilité d'examen biologiques de base, due à des défaillances logistiques, contraignait les équipes à instaurer des traitements empiriques sans confirmation diagnostique, augmentant ainsi le risque d'erreurs thérapeutiques [14]. Zongo et al., à Ouagadougou, ont également mis en évi-

dence une baisse significative du taux de réalisation des examens, liée directement à la pénurie de réactifs et à la saturation des capacités d'analyse disponibles [15].

Sur le plan international, Sontag et al ont montré aux États-Unis que l'absence de fonctionnement continu des laboratoires (24h/24, 7j/7) contribuait à des retards importants, avec un taux de conformité inférieur à 65 % pour les affections critiques [16]. Nos résultats confirment ainsi une réalité structurelle bien documentée, où les retards d'examen ne relèvent pas uniquement de difficultés techniques ponctuelles, mais traduisent un déficit global d'organisation, de maintenance et de logistique. La convergence de nos données avec celles issues d'autres pays africains souligne un défi partagé par les systèmes de santé à ressources limitées. Cette cohérence appelle à des mesures prioritaires : modernisation des équipements, mise en place d'un service de garde en laboratoire, planification des approvisionnements en réactifs et renforcement des capacités de maintenance. Sans ces efforts, les avancées cliniques en néonatalogie risquent de rester entravées.

Les nouveau-nés ayant bénéficié de soins conformes présentaient une durée médiane d'hospitalisation plus courte (6 jours) que ceux pris en charge de manière non conforme (9 jours), avec une différence significative ($p=0,03$). Ce résultat suggère que le respect des protocoles de prise en charge incluant l'établissement précoce du diagnostic étiologique, la réalisation complète des examens biologiques à l'admission, l'instauration rapide d'un traitement adapté, et la surveillance continue favorise une récupération clinique plus rapide. Sur le plan international, Sontag et al dans le cadre du programme NewSTEPs aux États-Unis, ont démontré que la rapidité d'exécution des examens néonataux et la disponibilité des résultats en moins de cinq jours réduisaient de manière significative les durées de séjour, particulièrement pour les pathologies métaboliques détectées précocement [16]. Une étude européenne conduite par EFCNI (European Foundation for the Care of Newborn Infants) a également mis en évidence que l'absence de protocoles harmonisés et de standards de qualité dans les unités de néonatalogie était associée à des hospitalisations prolongées, en particulier dans les structures où les pratiques variaient d'un prestataire à l'autre [17].

Ainsi, la non-conformité aux soins ne constitue pas uniquement un facteur de risque de complications ou de décès, mais engendre également une augmentation de la durée d'hospitalisation, avec des implications cliniques, logistiques et économiques importantes. Ces résultats renforcent l'intérêt d'une standardisation rigoureuse des parcours de soins en période néonatale, notamment dans les pays à ressources limitées, où l'optimisation du temps d'occupation des lits reste un enjeu crucial de santé publique. La période néonatale est l'une des phases les plus critiques de la vie en raison de la fragilité du nouveau-né et de l'immaturité fonctionnelle de nombreux organes. Les pathologies néonatales, dominées par les infections, la prématurité et l'asphyxie périnatale, représentent un problème ma-

jeur de santé publique dans les pays en développement et nécessitent une prise en charge hospitalière structurée et rapide. Cette étude qualitative s'est donnée pour objectif de décrire les parcours de soins des nouveau-nés admis au service de néonatalogie du CHU Tambohobe Fianarantsoa. Notre série d'étude a mis en évidence une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,44. La grande majorité des nouveau-nés (77,27 %) ont été admis précocement, durant leurs premières 24 heures de vie. Sur le plan clinique, 68,18 % des patients étaient nés à terme, tandis que 36,36 % présentaient un faible poids de naissance (inférieur à 2500g). La dyspnée a constitué le motif d'admission le plus fréquent, concernant 59,09 % des cas.

L'analyse de la conformité des soins a révélé des disparités selon les pathologies. Si la prise en charge de la prématurité a montré une bonne adéquation avec les protocoles, le parcours de soins des infections néonatales a souvent été marqué par des retards initiaux. Le niveau socio-économique précaire des familles et le jeune âge maternel (moins de 20 ans) sont apparus comme des facteurs déterminants influençant négativement la conformité du parcours de soins et augmentant le risque de sortie contre avis médical. La durée d'hospitalisation était significativement prolongée chez les nouveau-nés ayant reçu une prise en charge différée ou incomplète. Concernant l'issue clinique, le taux de guérison a été de 86,36 %, avec un taux de mortalité spécifique de 9,09 %.

Ainsi, le nouveau-né à Fianarantsoa reste un sujet fragile dont le pronostic dépend étroitement de la fluidité de son parcours de soins. Pour optimiser cette prise en charge, il est essentiel de renforcer la communication entre la maternité et le service de néonatalogie afin de réduire les délais d'admission. L'amélioration de l'accès aux soins passe également par une sensibilisation accrue des mères adolescentes et la mise en place d'un accompagnement social pour les familles les plus démunies. Enfin, la standardisation rigoureuse des protocoles thérapeutiques et le maintien des capacités techniques du service sont indispensables pour réduire davantage la mortalité néonatale.

CONCLUSION

L'analyse du parcours de soins a mis en évidence une proportion non négligeable de non-conformités (31,82 %), principalement observées chez les nouveau-nés présentant une infection néonatale et, dans une moindre mesure, chez ceux atteints d'ictère, d'asphyxie périnatale et de maladie hémorragique. À l'inverse, la prise en charge des nouveau-nés prématurés était conforme dans tous les cas. Les insuffisances relevées concernaient essentiellement des retards de prise en charge initiale, une surveillance clinique irrégulière et des lacunes dans l'évaluation clinique. Les causes de ces non-conformités étaient multifactorielle, dominées par des contraintes financières familiales, les retards d'obtention des résultats biologiques et la surcharge de travail du personnel soignant, soulignant l'influence conjointe des facteurs organisationnels et socio-économiques sur la qualité des soins. Dans l'ensemble, ces résultats mettent en évidence la nécessité

de renforcer l'organisation des soins néonataux, d'améliorer la rapidité des examens complémentaires et de soutenir les familles sur le plan socio-économique. L'optimisation de ces différents aspects pourrait contribuer à améliorer la qualité du parcours de soins et à réduire certaines complications chez le nouveau-né.

REFERENCES

1. Dan V, Alihouno E, Hazoume FA, et al. Prise en charge du nouveau-né malade en milieu tropical : expérience de l'unité de néonatalogie de Cotonou. *Méd Afr Noire* 1991; 38(12): 842—9.
2. Bashtian HM, Armat MR, Khakshour A. Assessment of the Recorded Causes of Neonatal Hospitalization and the Related Factors in Neonatal Wards and NICUs in Bojnord. *Iranian J Neonatol* 2014; 5(2):21—4.
3. Kouéta F, Yé D, Dao L, Néboua D, Sawadogo A. Morbidité et mortalité néonatales de 2002 à 2006 au Centre hospitalier universitaire pédiatrique Charles de Gaulle de Ouagadougou (Burkina Faso). *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé* 2008; 17(4): 187—91.
4. Radouani MA, Chahid N, Taboz Y, Benkirane H, Aguenau H, Barkat A. A new strategy of management for newborns in a neonatal care unit: A successful experience from Morocco. *Journal of Medical Research* 2016; 2(5): 141—4.
5. Ziegler KA, Paul DA, Hoffman M, Locke R. Variation in NICU Admission Rates Without Identifiable Cause. *Hosp Pediatr* 2016; 6(5): 255—60.
6. Gras-Le Guen C, Launy E, Boscher C, Caillon J. Le point sur les infections néonatales. *Bull Acad Natle Méd* 2016; 200(1): 81—90.
7. Mucignat VB, Ducrocq S, Lebas F, Baudon JJ, Gold F. Urgences infectieuses néonatales. *Francophonie des laboratoires* 2018; 500: 55—62.
8. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Diagnostic et traitement curatif de l'infection bactérienne précoce du nouveau-né. Recommandation pour la pratique clinique. 2002. URL: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/recos_inn_mel_2006.pdf. Consulté le 20 Août 2025.
9. Rasamindrakotroka AJ, Rakotoarimanana DR, Rakotovoao AC. Prise en charge des nouveau-nés prématurés à Madagascar : état des lieux et perspectives. *Rev Malg Pédiatr* 2020; 7(2): 45—52.
10. American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn. Levels of neonatal care. *Pediatrics* 2012; 130(3): 587—97.
11. Klingenberg C, Embleton ND, Jacobs SE, O'Connell LA, Kuschel CA. Enteral feeding practices in very preterm infants: an international survey. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2012; 97(1): F56—61.
12. West BA, Briggs DC. Discharge against medical advice in the neonatal unit of Rivers State University Teaching Hospital, Nigeria: a two-year prospective study. *Int J Contemp Pediatr* 2023; 10(10): 1483—90.
13. Ouédraogo SO, Yougbaré N, Kouéta F, et al. Analyse de la prise en charge du nouveau-né dans le cadre de la stratégie nationale de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au CHUP-CDG. *Pan Afr Med J* 2015; 20: 176.
14. Koum DCK, Essomba NE, Ngaba GP, Sintat S, Ndombo PK, Coppieters Y. Morbidity and risk factors for neonatal mortality in Douala Referral hospital. *Pan Afr Med J* 2015; 20: 258.
15. Nagalo K, Toguyeni L, Kaboret S, et al. Evaluation de la qualité des soins néonataux dans un hôpital de référence de Burkina Faso. *J Rech Sci Univ Lomé (Togo)* 2021; 23(1): 373—90.
16. Sontag MK, Miller JI, McKasson S, et al. Newborn screening timeliness quality improvement initiative: impact of national recommendations and data repository. *PLoS One* 2020; 15(4): e0231050.
17. European Foundation for the Care of Newborn Infants. European Standards of Care for Newborn Health. Munich: EFCNI. 2019. URL: <https://newborn-health-standards.org/>. Consulté le 20 Août 2025.