



Evaluation de la qualité des soins des nouveau-nés dans une maternité de niveau tertiaire au Niger.

Evaluation of the Quality of Newborn Care in a Tertiary Maternity Hospital in Niger.

Oumara M^{*1}, Soumana Diaouga H², Oumarou Garba S³, Ayoubou A², Gagara A, Chaibou Yacouba M², Garba Rahamatou M², Nayama M².

Reçu le 11-11-2025

Accepté le 19-12-2025

Publié le 30-12-2025

Mots-clés

Qualité des soins néonataux, Mortalité néonatale, Maternité Issaka Gazoby, Niger.

Résumé

Introduction : L'application des soins néonataux de qualité est indispensable pour une réduction significative de la mortalité néonatale et infantile. Le but de cette étude était d'évaluer la qualité des soins néonataux au sein du service de néonatalogie de la Maternité Issaka Gazoby (MIG) de Niamey.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale avec une collecte prospective des données durant la période du 1^{er} janvier au 31 mars 2025 (3 mois). Etaient inclus les nouveau-nés vivants pris en charge dans le service de néonatalogie de la MIG. Les indicateurs de qualité de l'OMS ont été utilisés pour calculer des scores dans quatre domaines principaux : la prise en charge à l'admission, la prise en charge durant l'hospitalisation, la planification de la sortie et du suivi, ainsi que l'évaluation du plateau technique.

Résultats : Sur 1265 nouveau-nés, l'étude a révélé des performances élevées des soins. La prise en charge globale était de bonne qualité dans 92,56% des cas et le remplissage des dossiers était bon dans 97,70%. Les gestes immédiats à la naissance (séchage et aspiration) étaient réalisés dans plus de 93% des cas. Concernant la planification de la sortie, des conseils étaient donnés aux mères et un suivi post natal réalisé dans 80,79% des cas. Enfin, l'évaluation du plateau technique et de l'hygiène environnementale était jugée conforme aux normes (100%).

Conclusion : L'évaluation des scores de qualité de l'OMS a démontré quelques faiblesses à la Maternité Issaka Gazoby par rapport aux standards internationaux des soins néonataux. Cependant l'application du niveau de qualité de soins de notre service à l'ensemble des formations sanitaires du pays pourrait significativement contribuer au renforcement du système de santé et à la réduction de la morbi-mortalité néonatale au Niger.

Keywords

Quality of neonatal care, Issaka Gazoby Maternity Hospital, Niger.

Abstract

Introduction: The provision of high-quality neonatal care is essential for a significant reduction in neonatal and infant mortality. This study aims to evaluate the quality of neonatal care in the neonatal unit of the Issaka Gazoby Maternity Hospital (MIG) in Niamey.

Methods: This was a descriptive study involving prospective data collection on all live newborns cared for in the MIG's neonatal unit during the period from January 1 to March 31, 2025 (3 months). WHO quality indicators were used to calculate scores in four main areas: care for admission, care during hospitalization, discharge and follow-up planning, and evaluation of technical facilities.

Results: Out of 1,265 newborns, the study revealed high standards of care. Overall care was of good quality in 92.56% of cases and records were well completed in 97.70% of cases. Immediate actions at birth (drying and suction) were performed in more than 93% of cases. Regarding discharge planning, advice was given to mothers and postnatal follow-up was performed in 80.79% of cases. Finally, the assessment of technical facilities and environmental hygiene was found to be in compliance with standards (100%).

Conclusion: The WHO quality score assessment revealed some weaknesses at the Issaka Gazoby Maternity Hospital compared to international standards for neonatal care. However, applying the quality-of-care standards of our service to all health facilities in the country could significantly contribute to strengthening the health system and reducing neonatal morbidity and mortality in Niger.

Introduction

La qualité des soins correspond à la capacité des services de santé à fournir des soins aux individus et aux populations afin d'améliorer les résultats sanitaires souhaités [1,2]. Ces soins doivent être sûrs, efficaces, rapides, efficaces, équitables et centrés sur le patient en particulier s'il s'agit des nouveau-nés [1-4]. L'évaluation de la qualité des soins constitue une démarche fondamentale dans la lutte contre la morbi-mortalité materno-infantile [2-4]. Il s'agit, en fin de compte, de contribuer à l'identification des faiblesses, lacunes et dysfonctionnements dans les domaines clés des soins maternels, néonataux et infantiles, afin de proposer des recommandations de prise en charge néonatale [1-6]. En effet les problèmes des soins néonataux sont plus confrontés à des difficultés dans les pays en difficultés en particulier en Afrique subsaharienne [2,4-7]. Au Niger, on assiste à une forte augmentation de la mortalité néonatale ces dernières années passant 24‰ en 2015 à 41‰ en 2021[8]. La principale cause de cette mortalité serait la faible qualité des soins [9]. Pour y remédier, l'OMS a développé un outil intégré d'évaluation et d'amélioration de la qualité des services de santé maternelle, néonatale et infantiles intégrés dans les hôpitaux de référence des pays [10]. Cet outil permet de conduire un audit basé sur des normes et standards [11]. C'est dans ce cadre que nous avons jugé opportun de réaliser ce travail qui vise à évaluer la qualité des soins néonataux dans une maternité de référence du Niger afin de mesurer les écarts entre les pratiques réelles observées et les normes et standards en vue d'améliorer les soins néonataux.

Matériels et Méthodes

Type et période d'étude : Nous avons réalisé une étude prospective de trois mois à la maternité Issaka Gazoby (du 1^{er} janvier au 31 mars 2025). Il s'agissait d'une analyse des dossiers de tous les nouveau-nés vivants (de 0 à 28 jours) prise en charge dans le service de néonatalogie.

Population d'étude et échantillonnage : Les dossiers ont été sélectionnés par un échantillonnage systématique. La taille de l'effectif a été fondée sur une estimation des critères d'évaluation.

Critères d'inclusion : L'étude a concerné les nouveau-nés vivants pris en charge en néonatalogie au cours de la période de l'étude ainsi que leurs mères.

Méthode de collecte des données : Les données ont été collectées à partir des dossiers individuels des patients et des registres de sorties du service de la néonatalogie.

Indicateurs de qualité des soins calculés : Les indicateurs calculés sont ceux de l'OMS et concernent l'évaluation de la prise en charge clinique des nouveau-nés à l'admission et l'évaluation du plateau technique (tableau I) [11].

Affiliations :

1. Faculté des Sciences de la Santé/UAM/ Hôpital Général de Référence, Niamey, Niger
2. Faculté des Sciences de la Santé/UAM / Maternité Issaka Gazoby/ Niamey, Niger
3. Faculté des Sciences de la Santé de l'Université André Salifou de Zinder

* Auteur correspondant : OUMARA MAINA. Gynécologue obstétricien, Maître-Assistant/ Faculté des Sciences de la Santé/UAM, Service Assistance Médicale à la Procréation, Hôpital Général de Référence, Niamey, Niger ; BP 675, Tel (227) 90316877/ E-mail : oumaramaina@yahoo.fr

Tableau I : Indicateurs de qualité de la prise en charge [11].

Indicateurs	Scores	Critères	Résultats attendus
Indicateurs de qualité à l'admission			
Qualité de l'accueil à l'admission	0 à 2	-Présence d'un agent. -Qualité de l'agent.	100%
Qualité de remplissage des dossiers	0 à 5	-Motif d'hospitalisation. -Date et début des signes. -Identité mères et enfants. -Age de l'enfant. -Lieu de provenance.	100%
Qualité de la prise en charge devant les signes d'urgence vitale.	0 à 2	-Pose d'une voie veineuse -Administration d'O2	100%
Indicateurs de qualité pendant l'hospitalisation			
Surveillance des constantes	0 à 5	-Fréquence respiratoire -Fréquence cardiaque -Coloration de la peau -Température -Poids	100%
Prescription du traitement correspondant à la pathologie	0 à 2	- Diagnostic établi -Traitement prescrit	100%
Notification des traitements sur une fiche de température	0 à 3	-Nom du médicament -Dose des médicaments -Durée du traitement	100%
Nutrition du bébé	0 à 1	-AME précisé	100%

Les scores sont totalisés ensuite pour chaque indicateur ou groupe d'indicateurs et exprimés en pourcentage par rapport à la valeur maximale de la composante pour obtenir des échelles d'appréciation.

L'échelle d'évaluation de tous les indicateurs de la qualité des soins :

- ✓ Niveau V : moyenne comprise entre 95 à 100
- ✓ Niveau IV : moyenne comprise entre 75 à 94%
- ✓ Niveau III : moyenne comprise entre 55 à 74%

- ✓ Niveau II : moyenne comprise entre 45 à 54%

- ✓ Niveau I : moyenne moins de 25%

Pour évaluer la planification de la sortie et du suivi ultérieur, les éléments suivants ont été analysés. Un score de 0 à 1 a été associé à chacun d'eux (oui=1, non=0) :

La pratique de la vaccination (0-1), la dispensation des conseils sur l'alimentation à domicile (0-1), L'indication d'un rendez-vous de suivi (0-1) [11].

Pour évaluer le plateau technique, les éléments suivants du tableau II ont été analysés.

Tableau II : Indicateurs pour l'évaluation du plateau technique et l'hygiène de l'environnement du nouveau-né [11].

Indicateurs	Scores	Critères	Résultats attendus
Disponibilité du laboratoire à la maternité	0 à 4	-Laboratoire biochimie -Laboratoire hématologie -Laboratoire microbiologie -Banque de sang	4
Disponibilité de matériel d'hospitalisation et de soins dans le service de néonatalogie	1 à 10	-Berceaux -Lavabos -Source de chaleur -Masque de réanimation -Couveuse -Potence intraveineuse -Stéthoscope -Sonde d'aspiration -Balance -thermomètre	10
Hygiène générale de l'environnement du bébé	1 à 5	-Présence d'un service de nettoyage -Sol nettoyés -Draps stériles -Berceau propres -Couveuse propre	5

L'échelle d'évaluation de la structure :

- ✓ Niveau V : pour une bonne pratique respectant les standards de soins ;
- ✓ Niveau IV : montrant peu de besoins des soins ;
- ✓ Niveau III : signifiant un certain besoin d'amélioration des soins ;
- ✓ Niveau II : indiquant un besoin considérable d'amélioration
- ✓ Niveau I : montrant que les services ne sont pas fournis, que la prise en charge est totalement inadéquate ou que les pratiques présentent un risque mortel [11].

RÉSULTATS

Durant la période d'étude, 1416 nouveau-nés ont été admis dans le service de néonatalogie. Parmi eux, 1265 avaient un dossier soit un taux de tenu de dossier de 89,34%.

Le tableau III présente les caractéristiques socio-économiques et obstétricales chez les mères des nouveau-nés.

A l'admission dans le service, nous avons observé que 1248 nouveau-nés étaient à J1 de

vie (98,66%). Seulement 5 cas (0,40%) étaient âgés de 3 jours à plus.

Le **tableau IV** présente les principaux signes cliniques et la prise en charge des nouveau-nés à l'admission.

Concernant le diagnostic final après examen clinique et paraclinique, nous avons observé que 55,97% (708 cas) des nouveau-nés étaient en bonne santé apparente. Il s'agissait des nouveau-nés après césarienne qui sont directement transférés en service de néonatalogie pour recevoir les soins essentiels aux nouveau-nés et sont mis en observation jusqu'à la sortie de leurs mères de la salle de réveil. Pour le reste, les principales complications observées étaient : la détresse respiratoire (175 cas, 13,83%), l'infection néonatale (134 cas, 10,59%), la prématurité (70 cas, 5,53%), le faible poids de naissance (56 cas, 4,42%), l'asphyxie néonatale (43 cas, 3,41%), le paludisme néonatal (37 cas, 2,92%) et les convulsions (20 cas, 1,58%).

Tableau III : Répartition des mères selon les caractéristiques socio-économiques et obstétricales

Variables	Nombre	%
Age		
15 – 19 ans	144	11,38
20 – 24 ans	315	24,90
25 – 29 ans	350	27,67
30 – 34 ans	211	16,68
35 – 39 ans	219	17,31
≥ 40 ans	26	2,06
Niveau d'instruction		
Primaire	203	16,05
Secondaire	419	33,12
Supérieur	217	17,15
Non instruite	426	33,68
Parité		
Primipares	485	38,34
Paucipares	362	28,62
Multipares	349	27,59
Grande multipares	69	5,45
Enfants vivants		
1	515	40,71
2 – 3	358	28,30
4 – 5	359	28,38
≥ 6	33	02,60
Intervalle inter génésique (an)		
≤ 1	23	1,99
1 – 2	687	59,48
≥ 3	445	38,53
Antécédent d'accouchement prématuré		
Oui	277	23,98
Non	878	76,02
Autres ATCD		
Aucun	500	80,12
Césarienne	84	13,46
HTA	13	2,08
Drépanocytose	25	4,01
MIU	2	0,32
CPN		
0	61	4,82
1 – 3	222	17,55
≥ 4	982	77,63
Pathologies associées à la grossesse		
Paludisme	854	73,94
Infection urinaire	213	18,44
Anémie	53	4,59
MAP	49	4,24
Menace d'avortement	16	1,38

D'autres comorbidités néonatales incluent la macrosomie, les malformations congénitales, l'ictère néonatal et l'anémie.

Tableau IV : Répartition des nouveau-nés selon les signes cliniques et la prise en charge à l'admission.

Variables	Nombre	(%)
Signes à l'admission		
Aspect normal	773	61,11
Signes de détresse respiratoire	369	29,17
Refus de téter	61	4,82
Hyperthermie	46	3,64
Distension abdominale	6	0,47
Convulsion	5	0,40
Hypothermie	3	0,24
Léthargie	2	0,16
Total	1265	100
Soins d'urgence à l'admission		
Séchage	1186	93,75
Aspiration	1185	93,68
Source de chaleur	1079	85,30
Oxygénothérapie	84	6,64
Réanimation	13	1,03
Soins immédiats post natal		
Vit K	1044	82,53
Soins du cordon	1010	79,84
Collyre	1044	82,53
Protection thermique	892	70,51
Soins essentiels post natal		
Allaitement précoce	276	21,82

Concernant la qualité des soins aux nouveau-nés dans le service, l'évaluation des trois indicateurs de la prise en charge à l'admission a permis de constater que ; l'accueil dans le service de néonatalogie était de qualité moyenne avec la présence d'un agent dans 1253 cas (99,05%, niveau V), la présence d'un médecin (DES et pédiatre) à l'accueil avait été notifiée dans 1089 cas (86,08%, niveau IV) et le niveau de qualité du service à l'accueil était donc de 94,86% (niveau V).

L'évaluation des 8 critères du remplissage et de tenue des dossiers a trouvé une qualité de 97,70%. Le tableau V présente des détails sur les indicateurs de la prise en charge et de la qualité du remplissage des dossiers à l'admission.

S'agissant de l'analyse de la qualité des supports (Tableau V) ; dans 1179 cas (93,20 %, niveau IV) la fiche de surveillance était présente, 1192 cas (94,23 % niveau V) avaient une fiche de température et 552 nouveau-nés (43,64 %, niveau I) avaient une fiche d'allaitement.

La température du matin était renseignée chez 1066 nouveau-nés (84,27 %, niveau IV), celle du soir chez 965 nouveau-nés (76,28%, niveau IV). Le poids est renseigné dans les fiches chaque jour chez 832 nouveau-nés (65,77 %, niveau III), le nom des médicaments et la dose des médicaments étaient renseignés dans respectivement 925 cas (73,12 %, niveau III) chacun. Dans 1007 cas (79,60%, niveau III) les horaires d'alimentation étaient respectés.

Concernant l'évaluation des critères de planification de la sortie et du suivi ultérieur, sur les 1265 nouveau-nés, 957 (75,65%, niveau IV) étaient vus à la sortie. Des conseils diététiques étaient donnés aux mères dans 1022 cas (80,79%, niveau IV). La température été prise chez 723 nouveau-nés (57,15%, niveau III). La prise du poids été réalisée dans 530 cas (41,90%, niveau I). La vaccination BCG été réalisée chez 796 nouveau-nés (62,92%, niveau III) avant la sortie et un rendez-vous le 8^{ème} jour était donné à 1060 mères (83,79%, niveau IV) pour le suivi post natal.

Concernant l'évaluation du plateau technique, nous avons observé que la servie dispose de tout l'environnement technique pour la prise en charge adéquate des nouveau-nés dans les normes (tableau VI).

Tableau V : Indicateurs pour de la prise en charge, qualité du remplissage des dossiers à l'admission et composition du dossier.

Critères	Nb de cas	(%)
Accueil à l'admission		
Accueil en présence d'un agent	1253	99,05
Accueil en présence d'un pédiatre	1089	86,08
Niveau de qualité de l'accueil	1200	94,86
Qualité du remplissage des dossiers		
Date d'entrée	1264	99,92
Heures d'arrivée	1200	94,86
Date de début des signes	1199	94,78
Motif d'hospitalisation	1260	99,60
Identité de la mère et l'enfant	1265	100,00
Provenance		
Date de naissance	1255	99,21
Heure du début des traitements	1200	94,86
Composition du dossier		
Fiche de surveillance	1179	93,20
Fiche de température	1192	94,23
Fiche d'allaitement	552	43,64
Tenue du dossier		
T° Matin	1066	84,27
T° Soir	965	76,28
Poids/jour	832	65,77
Noms des médicaments	925	73,12
Dose des médicaments	925	73,12
Respect des heures d'alimentation		
Oui	1007	79,60

Tableau VI : Indicateurs du plateau technique et l'hygiène de l'environnement du NN

Indicateurs	Scores	Critères	Résultats
Disponibilité du laboratoire à la maternité	0 à 4	-Laboratoire biochimie -Laboratoire hématologie -Laboratoire microbiologie -Banque de sang	100%
Disponibilité de matériel d'hospitalisation et de soins dans le service de néonatalogie	1 à 10	-Berceaux -Lavabos -Source de chaleur -Masque de réanimation -Couveuse -Potence intraveineuse -Stéthoscope -Sonde d'aspiration -Balance -thermomètre	100%
Hygiène générale de l'environnement du bébé	1 à 5	-Présence d'un service de nettoyage -Sol nettoyé -Draps stériles -Berceau propre -Couveuse propre	100%

S'agissant du pronostic maternel et néonatal, sur les 1265 dossiers analysés, on notait un décès maternel (0,08%) et 74 décès néonataux (5,85 %). Les principales causes de décès néonatal étaient : l'infection néonatale était la cause de décès la plus représentée avec 28 cas (37,84%), l'asphyxie néonatale (13 cas, 17,57%), la prématurité (10 cas, 13,51%) et la détresse respiratoire (9 cas, 12,16%).

Discussion

Cette étude évalue la qualité des soins aux nouveau-nés dans une maternité tertiaire du Niger. Durant la période de l'étude, 1265 nouveau-nés avaient bénéficié d'un dossier néonatal sur 1416 accouchements enregistrés soit une fréquence de tenue de dossier néonatal de 89,34%. Cette fréquence est supérieure à celle de Keita S au Mali en 2023[12] qui avaient trouvé une fréquence de 82,24%.

Dans notre étude l'âge moyen des mères était de 27,49 ans avec des extrêmes de 11 et 46 ans. La

tranche d'âge de 25 à 29 ans et 20 à 24 ans était la plus représentée avec respectivement 27,67% et 24,90%. Elles correspondent à la période d'activité génitale maximale. Nos résultats sont proches de ceux rapportés dans la plupart des études africaines avec un âge moyen des mères qui varie entre 26 et 29 ans [2,4,5,12-15].

Dans notre série, la parité moyenne était de 2,9 avec des extrêmes de 1 et 10. Nous avons observé que les primipares étaient les plus représentées avec 38,34%. Par contre, Ouro-Bagna *et al* au Togo en 2019 [15] et Kisito au Burkina Faso en 2013 [14] ont rapporté une prédominance des multipares dans respectivement 62,8% et 56,1% des cas.

Dans notre étude 77,63 % des mères étaient assidues aux consultations prénatales (≥ 4 CPN). Ce taux est supérieur à ceux rapportés par Keita *et al* [7], Kisito [14] et Aderojou S [13] avec respectivement 60%, 56,2% et 70%. Le suivi prénatal est le moment idéal où les grossesses à risque de complication maternelle et périnatal sont dépistées en vue d'une prise en charge

précoce et appropriée. Ainsi, le bilan prénatal s'impose au cours de la grossesse pour identifier les anomalies qui peuvent empêcher le bon déroulement de la grossesse et mettre en jeu le pronostic materno-fœtal [1,2]. Dans notre étude le taux de réalisation des différents examens paraclinique est acceptable. Le GSRH et la sérologie VIH étaient réalisés chez 95,18% des mères, mais par contre aucun bilan de rubéole fait n'a été retrouvé dans le dossier.

Dans notre étude la presque totalité (98,66%) des nouveau-nés était admise dans le service de néonatalogie à la naissance. Ces résultats sont similaires à ceux d'Issa Babayé en 2015 au Niger [16] qui avait trouvé 92%. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que la majorité des nouveau-nés de notre série (91,38) sont nés à la MIG puis transférés dans le service de néonatalogie. Dans notre étude l'accouchement était assisté par un personnel qualifié en formation sanitaire dans 99,06%. Nos résultats sont similaires à ceux Keita S au Mali en 2023 [12] et Aderojou S en 2018 au Niger [13] qui avaient trouvé respectivement 100% et 99%. Ces résultats pourraient s'expliquer par la politique nationale de la gratuité de l'accouchement dans les formations sanitaires publiques au Niger.

Dans notre étude, un médecin (DES) était présent à l'admission du nouveau-né dans le service dans 84,51%. Nos résultats sont similaires à celui de Aderojou S [13] qui avait rapporté 89,47% et supérieur à ceux d'Issa Babayé Y [16] qui avait retrouvé un taux de 29,75%. Ceci est un bon point pour la prise en charge des nouveau-nés. Cependant, l'étude a révélé un certain nombre des faiblesses dans la qualité de la prise en charge : en effet, bien que tous les enfants soient nés à la maternité, les gestes immédiats (aspiration/séchage) ne sont réalisés que chez 93 % des nouveau-nés, on notait 6,32 % d'oubli de séchage, 6,32% d'oubli d'aspiration, 20,16% d'oubli de soins du cordon. Ainsi, près de 18% des nouveau-nés n'ont pas reçu les soins essentiels dès la naissance. Par ailleurs seuls 21,82% des bébés

avaient bénéficié de l'allaitement précoce, en lien avec le retard de transfert de mère de la salle de réveil en post-opératoire. Ce taux est extrêmement bas par rapport aux standards internationaux [10].

La qualité de remplissage et de la tenue des dossiers médicaux dans le service étaient de 97,70%. La prise des constantes (FR, FC, poids, taille, PC) des nouveau-nés à l'admission dans le service était bonne. Ceci explique une bonne qualité du service dès l'admission des nouveau-nés. Nous avons constaté comme Aderojou S [13] une amélioration à la prise en charge des nouveau-nés à l'admission dans les services qui était bien comparée à l'étude d'Issa Babayé Y en 2015 au Niger [16] qui avait trouvé des défauts. Nous avons également observé que les dossiers médicaux sont bien remplis ainsi que la prise des constantes à l'admission.

Dans notre série les traitements prescrits pendant l'hospitalisation avaient une correspondance avec la pathologie diagnostiquée dans 83,95%. Nos résultats sont proches d'Aderojou [13] qui avait retrouvé 89,7% et inférieurs à celui d'Issa Babayé Y [16] qui avait retrouvé 95,5%. Cependant ceci ne suffit pas pour parler d'une bonne prise en charge. Il faut surveiller convenablement le traitement ainsi que l'état clinique du nouveau-né tout au long de son séjour.

Dans notre étude nous avons observé une bonne surveillance clinique des nouveau-nés dans 93,20%. Ce taux est supérieur à celui d'Issa Babayé Y [16] qui avait retrouvé seulement 16,6%. Ce sont des critères très importants dans la prise de décision dans le but de réadapter le traitement. Notre taux peut s'expliquer par l'établissement systématique d'une fiche de surveillance comportant la FR, FC, le poids et la température de chaque jour ainsi que la tenue de la fiche d'allaitement. Cela signifie qu'il y'a une bonne amélioration des agents de santé dans le service par une formation médicale continue.

Dans notre étude la vaccination BCG a été réalisée chez 62,92% des nouveau-nés avant la sortie. Notre taux est inférieur à celui d'Aderojou S [13] qui a retrouvé un taux de 80%. Ces résultats s'expliquent par le fait que le vaccin soit en rupture de temps à autre. Nous avons constaté que 75,65% des nouveau-nés sont examinés avant leurs sorties du service. Cet examen inclut l'évaluation des signes vitaux et un examen physique. Issa Babayé Y dans le même service en 2015 [16] avait signalé dans son étude que les nouveau-nés ne sont pas vus à la sortie et nulle part n'est mentionné la prise des constantes des enfants. Ceci prouve qu'il y a une amélioration dans la qualité des soins aux nouveau-nés.

Dans notre étude 74 nouveau-nés étaient décédés (5,85%). La principale cause déclarée du décès était l'infection néonatale (37,84%). Par contre, pour Aderojou S [13] et Issa Babayé Y [16], la prématurité constitue la principale cause de décès néonatal avec respectivement 28,13% et 42,34%.

Cette étude est cependant limitée par son caractère transversal et la période d'étude courte. Aussi, l'étude a été conduite dans une maternité de référence nationale spécialisée dans la prise en charge des pathologies obstétricales et néonatales graves. De ce fait, les résultats de cette étude ne sauraient être extrapolés à l'ensemble des structures sanitaires du pays. Une étude prospective multicentrique sur une période plus longue permettrait de mieux évaluer la qualité des soins administrés aux nouveau-nés sur le plan national ainsi que son implication dans la hausse alarmante de la mortalité néonatale au Niger ces dernières années.

Conclusion

Cette étude montre que la qualité des soins administrés aux nouveau-nés dans notre service présente quelques faiblesses par rapport aux standards internationaux des soins néonataux. Cependant, l'application du niveau

de qualité de soins dans notre service dans l'ensemble des formations sanitaires du pays pourrait significativement contribuer au renforcement du système de santé et à la réduction de la mortalité néonatale au Niger. Cette mortalité demeure élevée dans notre service, liée à des facteurs socio-économiques, prénataux et périnataux.

Conflit d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références

1. Brizuela V, Leslie HH, Sharma J, Langer A, Tunçalp Ö. Measuring quality of care for all women and newborns: how do we know if we are doing it right? A review of facility assessment tools. *Lancet Glob Health*. 2019 May;7(5):e624-e632. doi: 10.1016/S2214-109X(19)30033-6.
2. Eshetu HB, Aragaw FM, Negash WD, Belachew TB, Asmamaw DB, Tareke AA, Asratie MH. Assessing postnatal care for newborns in Sub-Saharan Africa: A multinational analysis. *PLoS One*. 2024 Feb 15;19(2):e0298459. doi: 10.1371/journal.pone.0298459.
3. Diguisto C, Foix L'Helias L, Morgan AS, Ancel PY, Kayem G, Kaminski M, et al. Neonatal Outcomes in Extremely Preterm Newborns Admitted to Intensive Care after No Active Antenatal Management: A Population-Based Cohort Study. *J Pediatr*. 2018 Dec;203:150-155.
4. Byiringiro S, Wong R, Logan J, Kaneza D, Gitira J, Umutesi S, Kirk CM. A qualitative study to explore the experience of parents of newborns admitted to neonatal care unit in rural Rwanda. *PLoS One*. 2021 Aug 13;16(8):e0252776. doi: 10.1371/journal.pone.0252776.
5. Bee M, Shiroor A, Hill Z. Neonatal care practices in sub-Saharan Africa: a systematic review of quantitative and qualitative data. *J Health Popul Nutr*. 2018 Apr 16;37(1):9. doi: 10.1186/s41043-018-0141-5.
6. Nagalo K, Toguyeni L, Kaboret S, Kabore A, Kondombo W, Belemvire A et al. Evaluation de la qualité des soins néonataux dans un hôpital

- de référence du Burkina Faso. *J Rech Sci Univ Lomé* (Togo) 2021; 23(1): 373-390.
7. Guie Y.P, Cisse L, Saki-Nekouressi G, Bucagu M, Landrivon G, Agbodjan-Prince O. Qualité des soins en SMNI. Méthodologie de l'évaluation et mise en pratique en Afrique de l'Ouest. À propos de l'expérience de la Côte d'Ivoire. *Médecine et Santé Tropicales*.2016 ; 26(4) : 357-362
 8. Institut National de la Statistique (Niger). Enquête nationale sur la fécondité et la mortalité des enfants de moins de cinq ans (ENAFEME); 2021.Disponible sur: <http://news.aniamey.com/h/110455.html>
 9. Leslie HH, Malata A, Ndiaye Y, Kruk ME. Effective coverage of primary care services in eight high-mortality countries. *BMJ Glob Health*. 2017 Sep 4;2(3): e000424.
 10. WHO. Making pregnancy safer. Assessment tool for the quality of hospital care for mothers and newborn babies. Geneva: World Health Organisation, 2009. 138P Disponible sur: <https://iris.who.int/bitstreams/7aed3057-56e8-4a3c-b828-8987aa210c1b/download>
 11. WHO. Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé [Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities]. Genève 2017. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241511216>
 12. Keita S, Sylla C, Samake Y, Traoré M, Traoré S, Guindo G et al. Qualité des Soins Maternels et Néonataux au Centre de Santé de Référence de Fana (Mali) : Analyse selon l'Échelle d'Évaluation de l'OMS. *Health Sci. Dis* 2023 ; 24 (4) :52-7
 13. Aderojou S. Evaluation de la qualité des soins néonataux dans le service de néonatalogie de la maternité Issaka Gazoby de Niamey. Thèse med. Niamey 2020 ; FSS/UAM
 14. Kisito N, Fousséni D, François Housséini T, Diarra Y. Morbidité et mortalité des nouveau-nés hospitalisés sur 10 années à la Clinique El Fateh-Suka (Ouagadougou, Burkina Faso). *Pan Afr Med J* 2013 ; 1-9
 15. Ouro-Bagna T, Djadou K.E, Kokou Agbékogni R, Foli A, Komi Deladem A, Yawo Dzayisse A et al. Évaluation de la qualité des soins maternels kangourou au centre hospitalier universitaire Sylvanus-Olympio de Lomé au terme de six ans de mise en place. *J Rech. Sci Univ Lomé* 2019 ;3(11) : 135-141
 16. Issa Babayé Y. Evaluation de la qualité de soins néonataux dans le service de la Maternité Issaka Gazoby de Niamey. Thèse med. Niamey 2015, FSS/UAM.