

Smart Integration MNCH/PF : The Challenge Initiative adapte son modèle de planification familiale à la santé maternelle, néonatale et infantile à Daloa en Côte d'Ivoire

AVOCE Josephat^{1*}

KANDJI Mamadou²

KAFFLOUMAN Kouamé Stanislas³

NAKOULMA Jean René Firmin²

GNAHOUI Hugues²

MITCHELL Vanessa⁴

IGHARO Victor⁵

¹ Organisation pour le Service et la Vie (OSV)

² The Challenge Initiative (IntraHealth International)
Hub Afrique de l'Ouest francophone, Dakar, Sénégal

³ Bridgefield University,
Département de Santé Publique, Zambie

⁴ Rutgers International

⁵ William H. Gates Sr. Institute for Population and Reproductive Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore (MD), États-Unis d'Amérique

* javoce@osvjordan.org

Résumé

The Challenge Initiative (TCI), plateforme de mise à l'échelle des Pratiques à Haut Impact en planification familiale (PF), a lancé en mai 2025 une Boîte à outils dédiée à la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI). Cette étude quasi-expérimentale avant-après analyse l'adaptation du modèle TCI à la SMNI dans le district sanitaire de Daloa (Côte d'Ivoire), de décembre 2024 à juin 2025. Les analyses fines ont porté sur les onze formations sanitaires offrant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU). Trois approches (Journées Spéciales intégrées, coaching en cascade, évaluation de la qualité selon Donabedian) ont été transposées aux SONU. La proportion de structures conformes est passée de 27 % à 100 %, le taux d'abandon entre la première et la quatrième consultation prénatale de 59,7 % à 47,9 %, et 3 736 utilisatrices additionnelles de PF ont été enregistrées.

Supervision, coaching et anticipation apparaissent comme des leviers majeurs de performance.

Mots-clés : *santé maternelle, néonatale et infantile ; planification familiale ; The Challenge Initiative ; intégration des services ; supervision et coaching ; soins obstétricaux et néonataux d'urgence ; Côte d'Ivoire ; Daloa.*

Abstract

The Challenge Initiative (TCI), a platform for scaling up High-Impact Practices in family planning (FP), launched a Maternal, Newborn and Child Health (MNCH) Toolkit in May 2025. This quasi-experimental before-and-after study analyses the adaptation of the TCI model to MNCH in the Daloa health district (Côte d'Ivoire) from December 2024 to June 2025. The intervention covered the entire district; in-depth analyses focused on the eleven health facilities providing emergency obstetric and newborn care (EmONC). Three core approaches (integrated Special Days, cascade coaching and quality assessment based on Donabedian's model) were transferred to EmONC services. The proportion of compliant facilities (score $\geq 80\%$) rose from 27% to 100%, the dropout rate between the first and fourth antenatal visits fell from 59.7% to 47.9%, and 3,736 additional FP users were recorded. Supervision, coaching and anticipatory management emerge as major performance levers.

Keywords: *maternal, newborn and child health; family planning; The Challenge Initiative; service integration; supervision and coaching; emergency obstetric and newborn care; Côte d'Ivoire; Daloa.*

1. Introduction

En 2023, environ 260 000 femmes sont décédées dans le monde de causes liées à la grossesse ou à l'accouchement, soit un décès maternel toutes les deux minutes (Organisation mondiale de la Santé et al., 2025). L'Afrique subsaharienne concentre à elle seule près de 70 % de ces décès, soit environ 182 000 décès maternels, et conserve les indicateurs de santé maternelle et néonatale les plus défavorables au monde (Organisation mondiale de la Santé et al., 2025 ; Organisation mondiale de la Santé, 2025). Les constats les plus récents renforcent cette préoccupation : la même année, 4,8 millions d'enfants sont

morts avant leur cinquième anniversaire, dont 2,3 millions de nouveau-nés au cours du premier mois de vie, et l'Afrique subsaharienne supporte plus de la moitié de ce fardeau (UN IGME, 2025).

Bien que la sous-région ait réduit son ratio de mortalité maternelle de près de 40 % entre 2000 et 2023, le rythme de progression s'est nettement ralenti depuis 2016, au point que les agences des Nations Unies alertent désormais sur la fragilité des acquis, menacés par la contraction des financements internationaux de la santé (Organisation mondiale de la Santé et al., 2025 ; Organisation mondiale de la Santé, 2025). La cible des Objectifs de Développement Durable, fixée à moins de 70 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes à l'horizon 2030, reste hors d'atteinte au rythme actuel (Nations Unies, 2024). Les stratégies éprouvées pour réduire la mortalité maternelle (soins obstétricaux et néonataux d'urgence, accouchement assisté par du personnel qualifié et continuité des soins tout au long du continuum) sont pourtant bien documentées (Campbell et Graham, 2006 ; Bhutta et al., 2014 ; Souza et al., 2024), mais leur mise à l'échelle dans les districts sanitaires décentralisés demeure inégale.

En Côte d'Ivoire, le ratio de mortalité maternelle s'élève à 385 décès pour 100 000 naissances vivantes selon l'Enquête démographique et de santé 2021 (INS et ICF, 2023). Dans le district sanitaire de Daloa, situé dans la région du Haut Sassandra, vingt-deux décès maternels ont été enregistrés en 2023 ; le taux d'abandon entre la première et la quatrième consultation prénatale (CPN) y atteignait 60 %, et la couverture du traitement préventif intermittent du paludisme par sulfadoxine-pyriméthamine au troisième trimestre (SP3) restait à 24 %. Cette situation associe une mortalité maternelle élevée et une faible utilisation des services de planification familiale (PF), avec seulement 9,5 % de femmes en âge de procréer utilisatrices de méthodes modernes : une configuration qui

appelle des réponses intégrées plutôt que des programmes verticaux successifs (Cleland et al., 2012 ; Ahmed et al., 2012).

1.1. The Challenge Initiative : un modèle né de la planification familiale

The Challenge Initiative (TCI), portée depuis 2016 par le William H. Gates Sr. Institute for Population and Reproductive Health de l'Université Johns Hopkins, est une plateforme de mise à l'échelle des Pratiques à Haut Impact (PHI) en santé reproductive. Le modèle a été initialement conçu autour de la planification familiale, puis étendu à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes (SSRAJ). Ses Boîtes à outils originales codifient quatre domaines : génération de la demande, offre de services, plaidoyer et essentiels du programme (The Challenge Initiative, 2025a). En Afrique de l'Ouest francophone, l'opérationnalisation de ce modèle a contribué à toucher plus de 4 millions d'utilisatrices additionnelles de méthodes contraceptives modernes dans les pays du Partenariat de Ouagadougou depuis 2011 (Partenariat de Ouagadougou, 2026).

Trois approches structurantes du modèle TCI ont fait l'objet d'une codification poussée. Premièrement, les Journées Spéciales d'offre gratuite de PF (JSPF), qui consistent à organiser durant deux à cinq jours consécutifs une offre gratuite et complète de services de PF en stratégie fixe et avancée pour lever les barrières financières et géographiques (Kandji et al., 2024). Deuxièmement, le coaching en cascade, qui transfère les compétences depuis un noyau de Master Coaches vers les coachs intermédiaires puis les prestataires de première ligne, dispositif dont l'efficacité a été démontrée dans le département du Zou au Bénin (Avocé et al., 2024). Troisièmement, l'évaluation continue de la qualité fondée sur le modèle de Donabedian, qui articule structure, processus et résultats (Donabedian, 2005), approche largement mobilisée pour les interventions non

médicamenteuses d'amélioration de la qualité des soins maternels en Afrique subsaharienne (Wekesah et al., 2016).

1.2. Une extension thématique : la Boîte à outils MNCH de TCI University

En mai 2025, TCI a officiellement lancé une Boîte à outils dédiée à la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), accessible sur la plateforme TCI University (The Challenge Initiative, 2025b). Cette boîte à outils est structurée autour de quatre modules complémentaires : (i) la prestation de services SMNI organisée selon le continuum de soins par étapes de vie ; (ii) le renforcement du système de santé articulé autour des six piliers de l'OMS et complété par un volet engagement communautaire ; (iii) un module immunisation par étapes de vie ; et (iv) un module nutrition par étapes de vie. Cette codification s'appuie sur un réseau de plus de 65 000 coachs formés depuis 2017 (The Challenge Initiative, 2025b, 2025c).

Cette extension thématique pose toutefois une question de fond : un modèle initialement codifié pour la planification familiale et la santé des jeunes peut-il être transposé efficacement aux défis de la SMNI, dont les exigences cliniques (prise en charge des urgences obstétricales, soins néonataux immédiats, suivi du couple mère-enfant) diffèrent substantiellement ? La littérature internationale documente les difficultés de transposition entre programmes verticaux ainsi que la fragmentation des cadres de coordination en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (Kerber et al., 2007 ; Kuruvilla et al., 2016).

1.3. Ancrage théorique de l'étude

La présente étude s'adosse explicitement à trois corpus théoriques complémentaires qui, ensemble, constituent son cadre d'analyse. Le premier est le modèle de Donabedian (2005), qui appréhende la qualité des soins à travers la triade structure-processus-résultats : c'est ce modèle qui fonde la grille

d'évaluation des SONU, les plans de résolution de problèmes et la classification des niveaux de performance utilisés à Daloa, comme il a fondé des dispositifs comparables d'amélioration de la qualité en Afrique subsaharienne (Wekesah et al., 2016 ; Mba-Oduwusi et al., 2024). Le deuxième est le cadre des six piliers du système de santé de l'Organisation mondiale de la Santé (2007), qui fournit la grille de lecture systémique de l'intervention : gouvernance, financement, ressources humaines, intrants, qualité des services et information sanitaire. Le troisième est la théorie de la mise à l'échelle et de la diffusion des innovations en santé : le cadre ExpandNet de l'OMS conceptualise le passage à l'échelle comme un processus délibéré et guidé (Organisation mondiale de la Santé et ExpandNet, 2010), tandis que la théorie de la diffusion des innovations de Rogers (2003) éclaire les mécanismes de propagation spontanée d'une innovation entre organisations voisines, à l'œuvre dans l'extension observée vers le district de Vavoua.

L'articulation de ces trois corpus permet de formuler la question centrale de l'étude en termes théoriques : un modèle codifié pour la planification familiale peut-il, en conservant sa logique de transformation des organisations sanitaires locales, être transposé efficacement au continuum de soins de la SMNI ? C'est à l'aune de ces trois référentiels (qualité des soins, renforcement systémique, mise à l'échelle) que les résultats sont analysés et discutés.

1.4. Objectif de l'étude

Le présent article décrit et analyse l'adaptation du modèle TCI à la SMNI, à travers l'étude exploratoire « Smart Integration MNCH/PF » conduite dans le district sanitaire de Daloa entre décembre 2024 et juin 2025. Il documente : (i) la manière dont les trois approches structurantes du modèle original ont été retravaillées pour porter un paquet intégré SMNI/PF ; (ii) les résultats observés selon les six piliers du système de santé ; (iii)

le rôle de la supervision, du coaching et de l'anticipation dans l'amélioration des performances ; et (iv) les faiblesses persistantes à corriger ainsi que les conditions de transférabilité et de mise à l'échelle dans d'autres districts d'Afrique de l'Ouest francophone. Il précise enfin la contribution sociale et scientifique de l'étude.

2. Matériel et méthodes

2.1. Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude quasi-expérimentale exploratoire avant-après, à approche mixte, sans groupe de contrôle externe. Le schéma quasi-expérimental a été retenu pour des raisons éthiques et opérationnelles : l'inclusion exhaustive de l'ensemble des structures SONU du district visait à éviter les biais de sélection et à éclairer l'opérationnalisation d'un modèle d'intervention complexe. Les indicateurs de la période d'intervention (décembre 2024 à mai 2025) ont été comparés à ceux d'une période témoin identique de l'année précédente (décembre 2023 à mai 2024), à partir des données du DHIS-2.

2.2. Cadre et population d'étude

L'intervention « Smart Integration » a été déployée dans l'ensemble des formations sanitaires du district de Daloa : les Journées Spéciales intégrées, le coaching, le plaidoyer budgétaire et l'engagement communautaire ont couvert la totalité du district. En revanche, les analyses plus fines (évaluation standardisée des fonctions SONU et comparaison avant-après des indicateurs de performance) ont porté sur les onze formations sanitaires offrant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) : dix structures SONU de base (SONUB), réparties en sept structures urbaines et trois rurales, et le Centre Hospitalier Régional (CHR) de Daloa, structure de SONU complets (SONUC) et de référence. La sélection de ces onze structures a été exhaustive au sein du dispositif SONU du

district. L'intervention a également mobilisé l'Unité de Coordination et de Gestion (UCG) de la municipalité de Daloa, la Direction Régionale de la Santé du Hautassandra, le Programme National de Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME) et 224 agents de santé communautaires (ASC) antérieurement formés à la PF.

2.3. Le modèle TCI original et ses trois approches structurantes

Le modèle TCI, tel que codifié pour la PF et la SSRAJ, s'articule autour de cinq phases de mise en œuvre et d'un dispositif de coaching managérial fondé sur l'approche « Diriger, Assister, Observer, Suivre » (DAOS) (The Challenge Initiative, 2025a). Trois approches opérationnelles structurent les interventions de terrain : premièrement, les Journées Spéciales de PF (JSPF), offre gratuite sur site pendant deux à cinq jours ; deuxièmement, le coaching en cascade sur trois niveaux (Master Coaches, coachs intermédiaires, prestataires) ; troisièmement, l'évaluation continue de la qualité fondée sur le modèle de Donabedian et sur des cycles itératifs d'évaluation, plans de résolution de problèmes (PRP), coaching et réévaluation.

2.4. Adaptation du modèle à la SMNI

L'adaptation à la SMNI a porté sur les trois approches structurantes, en préservant leur architecture interne tout en élargissant leur contenu thématique.

2.4.1. Des Journées Spéciales PF aux Journées Spéciales intégrées SMNI/PF.

Les JSPF originales offraient un paquet contraceptif gratuit. L'adaptation a élargi ce paquet pour y intégrer les consultations prénatales (CPN1 à CPN5), les consultations postnatales (CPoN), la vaccination, la nutrition, la prise en charge des affections associées à la grossesse (paludisme, anémie, infections), ainsi que la délivrance de carnets mère-enfant. La

logique de gratuité, de proximité, de stratégie fixe et avancée et de mobilisation communautaire préalable a été conservée.

2.4.2. Du coaching en cascade PF/SSRAJ au coaching en cascade SONU.

Le coaching en cascade, dont l'efficacité avait été démontrée au Bénin (Avocé et al., 2024) et documentée dans d'autres contextes africains (Ajeani et al., 2017 ; Manzi et al., 2014), a été transposé aux fonctions essentielles SONU. La conception des séances s'est appuyée sur les principes reconnus de la formation continue efficace (Bluestone et al., 2013), associant supervision formative et coaching sur site. Douze Master Coaches ont été formés au niveau régional avec l'appui du PNSME ; ils ont à leur tour formé 23 sages-femmes et gestionnaires de site, qui ont encadré 94 prestataires cliniques. Trente-quatre ASC, parmi les 224 antérieurement formés à la PF, ont été réorientés sur les contenus SMNI.

2.4.3. De l'évaluation qualité PF à l'évaluation qualité SONUB/SONUC.

L'outil d'évaluation a été restructuré autour des neuf fonctions essentielles SONU définies par l'OMS (Organisation mondiale de la Santé et al., 2009 ; Otolorin et al., 2015) et complété par six domaines transversaux. Il s'appuie sur le modèle de Donabedian, également mobilisé dans des dispositifs comparables d'amélioration de la qualité (Mba-Oduwusi et al., 2024) et cohérent avec les modèles de mesure de la qualité des soins (NHS Improvement, s.d.), ainsi que sur les standards de l'OMS pour la qualité des soins maternels et néonataux (Organisation mondiale de la Santé, 2016a) et sur les recommandations relatives aux soins intrapartum (Organisation mondiale de la Santé, 2018). Les structures ont été classées en quatre niveaux de performance : faible ($\leq 59\%$), moyen (60-79 %), bien (80-89 %) et très bien ($\geq 90\%$), seuils repris du modèle béninois pour assurer la comparabilité.

2.5. Inscription dans les six piliers du système de santé

L'opérationnalisation a été structurée autour des six piliers du système de santé tels que définis par l'OMS (Organisation mondiale de la Santé, 2007) et explicitement repris dans le module Health Systems Strengthening de la Boîte à outils MNCH (The Challenge Initiative, 2025b) : (i) gouvernance, leadership et plaidoyer ; (ii) financement durable ; (iii) ressources humaines ; (iv) approvisionnement en produits, technologies et logistique ; (v) qualité des soins ; (vi) système d'information sanitaire et apprentissage. L'engagement communautaire a constitué le septième volet, transversal.

2.6. Modèle logique

Le modèle logique de l'étude, inspiré de Taylor-Powell et Henert (2008), articule les intrants (ressources financières, humaines et matérielles), les activités (Journées Spéciales intégrées, évaluation des SONU, coaching en cascade, mise en œuvre des PRP, sensibilisation communautaire, plaidoyer budgétaire), les résultats immédiats, les résultats intermédiaires (augmentation de la CPN4, de la SP3, des accouchements assistés, des CPoN et de l'utilisation des contraceptifs modernes ; amélioration de la qualité des SONU) et les résultats à long terme (réduction durable de la mortalité maternelle et néonatale, gouvernance locale renforcée, allocation budgétaire pérenne).

2.7. Sources de données et indicateurs

Les données sanitaires ont été extraites du DHIS-2 pour les indicateurs suivants : couverture des CPN (CPN1 à CPN4), couverture du SP3, couverture des CPoN à 6-8 semaines, nombre d'utilisatrices additionnelles de méthodes contraceptives modernes et nombre d'accouchements assistés. Les données sur la qualité des SONU proviennent des grilles standardisées appliquées en mars 2025 (cycle 1) et en juin 2025 (cycle 2). Les données qualitatives ont été collectées par observation directe et par entretiens semi-directifs avec les

responsables sanitaires, les autorités municipales, les Master Coaches et les prestataires.

2.8. Considérations éthiques

L'étude s'inscrit dans le cadre des activités de suivi-évaluation et d'amélioration de la qualité conduites par la Direction Régionale de la Santé du Hautassandra et le PNSME, en partenariat avec TCI. Aucune donnée individuelle de patient n'a été collectée. Les autorités sanitaires régionales et la municipalité de Daloa ont été informées des objectifs de l'étude et y ont consenti. La participation des prestataires aux séances de coaching s'est faite sur une base volontaire. Les résultats agrégés ont été restitués à l'ensemble des parties prenantes.

3. Résultats

3.1. Architecture de l'adaptation : des trois approches PF/SSRAJ à un paquet intégré SMNI/PF

Le tableau 1 synthétise la transposition des trois approches structurantes du modèle TCI original vers leur version adaptée à la SMNI.

Tableau 1 : Transposition des trois approches structurantes du modèle TCI, de la PF/SSRAJ à la SMNI

Approche structurante	Version originale (PF/SSRAJ)	Version adaptée à la SMNI (Daloa)
Offre de service rapprochée	Journées Spéciales de PF (JSPF) : 2 à 5 jours consécutifs, offre contraceptive gratuite, stratégie fixe et avancée	Journées Spéciales intégrées SMNI/PF : ajout de CPN1 à CPN5, CPoN, vaccination, nutrition, prise en charge des affections de la grossesse, carnets mère-enfant

Approche structurante	Version originale (PF/SSRAJ)	Version adaptée à la SMNI (Daloa)
Renforcement des compétences (supervision et coaching)	Coaching en cascade sur la PF et la SSRAJ : Master Coaches, coachs intermédiaires, prestataires	Coaching en cascade sur les fonctions SONU : 12 Master Coaches, 23 sages-femmes et gestionnaires, 94 prestataires et 34 ASC réorientés
Évaluation continue de la qualité	Grille de qualité PF/SSRAJ ; modèle de Donabedian ; cycles évaluation-PRP-coaching	Grille SONUB/SONUC : 9 fonctions cliniques et 6 domaines transversaux ; même modèle de Donabedian ; cycles avant-après (mars à juin 2025)

Source : élaboration des auteurs à partir des documents programmatiques TCI et de la mise en œuvre à Daloa.

3.2. Résultats par pilier du système de santé

Gouvernance, leadership et coordination. L'Unité de Coordination et de Gestion (UCG) de Daloa a constitué l'instance pivot de l'intervention. Trois réunions de l'UCG ont été tenues, mobilisant le conseil municipal, les responsables sanitaires, les prestataires et les ASC autour d'un agenda commun. Le partage régulier des données issues du DHIS-2 et de l'auto-évaluation RAISE a renforcé la dynamique de redevabilité partagée.

Financement durable. La municipalité de Daloa a inscrit une ligne budgétaire intégrée SMNI/PF et a effectivement décaissé 4 000 000 FCFA durant la période. La Direction Régionale de la Santé a contribué par une dotation de huit colis de produits contraceptifs d'une valeur nette de 560 275 FCFA, comprenant notamment 288 boîtes d'Implanon, 9 boîtes de Jadelle et 200 unités de Sayana Press.

Ressources humaines : la cascade de supervision et de coaching. Douze Master Coaches ont été formés au niveau régional et dans le district, avec le soutien technique du PNSME. Ils ont à leur

tour formé 23 coachs intermédiaires (sages-femmes et gestionnaires de site), qui ont encadré 94 prestataires cliniques. Au niveau communautaire, 34 ASC parmi les 224 antérieurement formés à la PF ont été réorientés sur les contenus SMNI ; 12 leaders religieux et traditionnels ainsi que 12 journalistes et animateurs de radio ont bénéficié d'un coaching spécifique. Les visites de supervision formative, couplées au coaching sur site, ont permis d'identifier en continu les écarts de pratique et de les corriger sans délai.

Approvisionnement en produits et logistique. La coordination a été renforcée entre le PNSME, la Nouvelle Pharmacie de Santé Publique (NPSP) et la pharmacie régionale, afin d'anticiper et de réduire les ruptures de stock, notamment lors des Journées Spéciales où la demande en intrants est fortement accrue. Cette gestion anticipative des stocks (estimation préalable des besoins, pré-positionnement des intrants et suivi rapproché des consommations) a constitué un facteur clé du bon déroulement des activités.

Qualité des SONUB/SONUC. Au premier cycle (mars 2025), 27 % des structures atteignaient la mention « bien » (score ≥ 80 %), 73 % étaient en zone moyenne et aucune n'atteignait la mention « très bien ». Au second cycle (juin 2025), après la mise en œuvre des PRP et du coaching, 45 % des structures avaient atteint la mention « très bien » (≥ 90 %) et 55 % la mention « bien » ; aucune ne demeurait en zone moyenne ou faible.

Système d'information, suivi et apprentissage. Le suivi-évaluation a combiné les fiches des Journées Spéciales, la grille d'évaluation SONUB/SONUC et les tableaux de bord DHIS-2. Des revues régulières ont alimenté en temps réel les prises de décision de l'UCG, conformément aux principes du cadre d'évaluabilité (Leviton et al., 2010 ; Peersman et al., 2015).

3.3. Résultats des Journées Spéciales intégrées

Trente Journées Spéciales intégrées SMNI/PF ont été organisées dans les dix formations sanitaires SONUB, avec la mobilisation des relais communautaires. Le tableau 2 présente les résultats consolidés.

Tableau 2 : Résultats des Journées Spéciales intégrées SMNI/PF, district sanitaire de Daloa, décembre 2024 à mai 2025

Indicateur	Résultats
Consultations prénatales (CPN), total	338
dont CPN1	169
dont CPN2	83
dont CPN3	58
dont CPN4	18
dont CPN5	10
Consultations postnatales (CPoN)	150
Clientes ayant reçu une méthode de PF (toutes méthodes)	1 161

Note : les Journées Spéciales ont également permis la prise en charge gratuite d'affections associées à la grossesse et la distribution de carnets mère-enfant.

3.4. Évolution des indicateurs sanitaires : période témoin et période d'intervention

L'analyse des indicateurs DHIS-2 entre la période témoin (décembre 2023 à mai 2024) et la période d'intervention (décembre 2024 à mai 2025) montre une amélioration nette pour la majorité des indicateurs ciblés (tableau 3).

Tableau 3 : Évolution des indicateurs de performance, district sanitaire de Daloa

Indicateur	Témoin (déc. 2023 à mai 2024)	Intervention (déc. 2024 à mai 2025)	Cible / Variation
Taux d'abandon CPN1-CPN4	59,7 %	47,9 %	< 50 % / -11,8 pts
Couverture en SP3	57 %	61 %	62 % / +4 pts
Structures SONU ≥ 80 %	27 %	100 %	60 % / +73 pts
Couverture CPoN à 6-8 sem.	63 %	61 %	68 % / -2 pts
Utilisatrices additionnelles de PF (cumul)	-24 (juin 2024)	3 736 (avril 2025)	3 680 / +102 %

Source : système d'information sanitaire DHIS-2, district sanitaire de Daloa.

La cible d'utilisatrices additionnelles a été dépassée dès avril 2025, atteignant 102 % de l'objectif. La proportion de structures SONU présentant un score ≥ 80 % a été multipliée par près de quatre (de 27 % à 100 %), dépassant largement la cible de 60 %. Deux indicateurs restent toutefois en deçà des cibles : le taux d'abandon CPN1-CPN4, bien qu'en forte baisse, demeure élevé (47,9 %), et la CPoN à 6-8 semaines enregistre une légère régression (moins 2 points), justifiant la poursuite des efforts sur le suivi postnatal à domicile.

3.5. Diffusion organique : l'extension spontanée à Vavoua

Inspiré par les résultats encourageants obtenus à Daloa, le district sanitaire voisin de Vavoua, situé dans la même région du Haut Sassandra, a adopté la stratégie « Smart Integration » sans planification initiale par TCI. Trente-six Journées Spéciales intégrées y ont été organisées dans douze établissements de santé, permettant de recruter 1 571 nouvelles clientes en PF, de réaliser 105 consultations prénatales et d'assurer la prise en charge des affections associées à la grossesse. Cette extension a été rendue possible grâce au soutien financier du conseil municipal de Vavoua et à la supervision conjointe des équipes du district et des autorités municipales.

4. Discussion

4.1. Faisabilité de l'adaptation du modèle PF/SSRAJ à la SMNI

L'étude de Daloa documente la faisabilité opérationnelle de l'adaptation du modèle TCI aux défis de la santé maternelle, néonatale et infantile. Trois constats étayent cette faisabilité. Premièrement, les trois approches structurantes du modèle original ont conservé leur architecture interne tout en élargissant leur contenu thématique, confirmant que le modèle TCI repose moins sur des contenus cliniques spécifiques que sur une logique de transformation des organisations sanitaires locales (The Challenge Initiative, 2025c) ; ce constat rejoint le cadre ExpandNet, pour lequel la réussite d'un passage à l'échelle dépend moins du contenu technique de l'innovation que de la solidité de l'organisation qui la porte (Organisation mondiale de la Santé et ExpandNet, 2010). Deuxièmement, la rapidité de l'évolution des indicateurs (passage de 27 % à 100 % de structures à un niveau ≥ 80 % en trois mois, dépassement de la cible d'utilisatrices additionnelles en moins d'un an) suggère

que l'adaptation préserve l'efficacité initiale du modèle. Troisièmement, la diffusion spontanée à Vavoua illustre que la transposition n'est pas seulement faisable mais également « contagieuse » entre districts voisins : conformément à la théorie de la diffusion des innovations (Rogers, 2003), l'observabilité des résultats de Daloa et la compatibilité de l'innovation avec les besoins du district voisin ont favorisé son adoption sans impulsion centrale.

4.2. Supervision, coaching et gestion anticipative : des leviers de performance

Les résultats mettent en évidence le rôle déterminant de la supervision formative et du coaching en cascade dans l'amélioration rapide des performances. Le transfert structuré de compétences, des Master Coaches jusqu'aux prestataires de première ligne et aux ASC, a permis de traduire les protocoles en pratiques effectives et de corriger les écarts en temps réel, conformément aux données sur l'efficacité du mentorat clinique et de la supervision de soutien en Afrique subsaharienne (Ajeani et al., 2017 ; Manzi et al., 2014 ; Bluestone et al., 2013). C'est cette combinaison (évaluation, plan de résolution de problèmes, coaching puis réévaluation) qui explique le passage de 27 % à 100 % de structures conformes en trois mois.

L'anticipation a constitué un second levier décisif, particulièrement dans la gestion des SONUB/SONUC. Anticiper, c'est estimer et pré-positionner les intrants avant les Journées Spéciales pour éviter les ruptures ; c'est aussi organiser en amont les circuits de référence et de contre-référence entre SONUB et SONUC, préparer les kits d'urgence obstétricale et néonatale et planifier la disponibilité des ressources humaines qualifiées. Cette gestion anticipative, absente du dispositif béninois initial, réduit les délais de prise en charge des urgences (facteur central de survie maternelle et néonatale) et sécurise la

continuité des soins. Elle mérite d'être formalisée comme une composante à part entière du modèle Smart Integration.

4.3. Filiation avec la démonstration béninoise du Zou

L'étude de Daloa s'inscrit en filiation directe avec la démonstration conduite dans le département du Zou au Bénin, où la mise en œuvre d'un modèle d'amélioration continue en cinq phases avait permis de faire progresser en neuf mois la proportion de points de prestation classés « bons à excellents » de 52 % à 74 % pour les services adaptés aux adolescents et jeunes (Avocé et al., 2024). Trois éléments lient ces deux études : la même architecture méthodologique fondée sur le modèle de Donabedian, la même classification quadripartite des niveaux de performance et le même dispositif de cascade de coaching. La progression observée à Daloa est plus rapide que celle observée au Zou, ce qui pourrait s'expliquer par : (i) la mobilisation préalable des ASC déjà formés à la PF ; et (ii) l'intégration immédiate de la dimension « gestion anticipative », innovation introduite à Daloa et absente du dispositif béninois initial.

4.4. Cohérence avec la Boîte à outils MNCH de TCI University

La structuration de l'intervention de Daloa autour des six piliers du système de santé est en cohérence directe avec le module Health Systems Strengthening de la Boîte à outils MNCH de TCI University, lancée en mai 2025 (The Challenge Initiative, 2025b). Le tableau 4 met en regard les piliers mobilisés à Daloa et les sous-thèmes codifiés dans la Boîte à outils.

Tableau 4 : Mise en regard de l'intervention de Daloa et de la Boîte à outils MNCH de TCI University

Module ou pilier (Boîte à outils MNCH, 2025)	Composante mise en œuvre à Daloa (2024-2025)
Leadership, gouvernance et plaidoyer	UCG, plaidoyer pour une ligne budgétaire intégrée, partenariat municipalité-district
Financement	Décassement municipal de 4 millions FCFA ; contribution de 560 275 FCFA en intrants contraceptifs
Ressources humaines	Coaching en cascade : 12 Master Coaches, 23 sages-femmes et gestionnaires, 94 prestataires, 34 ASC
Intrants	Coordination NPSP-PNSME-pharmacie régionale ; dotation lors des Journées Spéciales
Qualité des soins	Cycles d'évaluation SONUB/SONUC, PRP, gestion anticipative
Système d'information	DHIS-2, RAISE, fiches de collecte, revues UCG
Engagement communautaire	ASC, leaders religieux et traditionnels, journalistes, Jeunes Leaders Transformationnels
Prestation de services (continuum de soins)	Journées Spéciales intégrées CPN/CPoN/PF, vaccination, nutrition, prise en charge des affections de la grossesse

Source : élaboration des auteurs à partir de la Boîte à outils MNCH de TCI University et des données de mise en œuvre à Daloa.

Cette concordance suggère que l'expérience de Daloa peut servir de site précoce de démonstration pour l'opérationnalisation de la Boîte à outils MNCH dans le contexte ouest-africain francophone et alimenter la communauté de

pratique de TCI University par des retours d'expérience structurés.

4.5. Faiblesses persistantes des SONUB/SONUC et déperdition CPN1-CPN4

Malgré les progrès rapides, plusieurs faiblesses persistantes appellent un renforcement soutenu. Sur le plan de la qualité, si toutes les structures atteignent désormais le seuil de 80 %, 55 % d'entre elles se maintiennent au niveau « bien » sans franchir le niveau « très bien » : la marge de progression concerne notamment les fonctions SONU les plus exigeantes (accouchement assisté par ventouse, réanimation néonatale, disponibilité permanente des produits sanguins et de la transfusion au niveau SONUC, prise en charge des hémorragies du post-partum et surveillance des décès maternels et néonatales). La pérennité des acquis reste par ailleurs suspendue à la régularité des visites de supervision et à la stabilité des ressources humaines qualifiées.

La déperdition entre la CPN1 et la CPN4 constitue la faiblesse la plus préoccupante : malgré une réduction de près de douze points, près d'une femme sur deux (47,9 %) n'achève pas le cycle recommandé de consultations prénatales, ce qui limite les gains attendus sur la SP3, le dépistage des grossesses à risque et la préparation à l'accouchement. Les causes de cette déperdition doivent être investiguées plus finement, au-delà des seules données de routine : barrières financières et géographiques résiduelles, première consultation trop tardive, temps d'attente et qualité de l'accueil, insuffisance des mécanismes de rappel et de traçabilité des rendez-vous, ruptures ponctuelles d'intrants, faiblesse du suivi communautaire à domicile et facteurs socioculturels. Des études qualitatives dédiées et un suivi de cohorte des femmes enceintes permettraient d'identifier les points de rupture et de cibler les interventions.

Ces constats plaident pour une évolution du modèle de quatre visites vers le schéma de huit contacts prénatals recommandé par l'OMS (Organisation mondiale de la Santé, 2016b), qui vise une couverture élargie de la CPN1 à la CPN8 et une meilleure continuité du suivi. L'enjeu, pour Daloa, est double : améliorer non seulement le taux d'achèvement des consultations mais aussi le nombre de contacts par femme, en articulant plus étroitement les Journées Spéciales, la supervision des prestataires et le suivi à domicile assuré par les ASC.

4.6. Conditions de transférabilité et changement d'échelle

Plusieurs conditions semblent nécessaires pour reproduire cette dynamique. La première est la disponibilité préalable d'un capital communautaire, en l'occurrence, à Daloa, les 224 ASC déjà formés à la PF. La deuxième est l'inscription préalable de la PF dans les compétences municipales, qui légitime l'extension à la SMNI sans qu'il soit besoin de reconstruire l'infrastructure politique locale. La troisième est l'engagement explicite du Programme National de Santé de la Mère et de l'Enfant comme partenaire technique, qui assure la cohérence avec les protocoles nationaux. Ces conditions, présentes dans les autres villes accompagnées par TCI, suggèrent un fort potentiel d'extension, à conduire selon un processus délibéré et guidé de passage à l'échelle (Organisation mondiale de la Santé et ExpandNet, 2010).

4.7. Contribution sociale et scientifique de l'étude

La contribution sociale de l'étude mérite d'être clairement relevée. L'intervention a d'abord produit des bénéfices directs et mesurables pour les populations du district de Daloa : 3 736 femmes supplémentaires utilisent une méthode contraceptive moderne, ce qui réduit d'autant les risques liés aux grossesses non désirées, trop précoces ou trop rapprochées ; 338 consultations prénatales et 150 consultations postnatales gratuites ont été offertes à des femmes que les barrières

financières et géographiques tenaient éloignées des services ; enfin, la totalité des structures SONU du district offre désormais des soins conformes aux standards de qualité, ce qui améliore concrètement les chances de survie des mères et des nouveau-nés lors des urgences obstétricales.

L'étude contribue ensuite au renforcement de la gouvernance sanitaire locale et de la citoyenneté en santé : l'inscription d'une ligne budgétaire municipale dédiée et le décaissement effectif de 4 000 000 FCFA consacrent la santé de la mère et de l'enfant comme une priorité de l'action publique communale, tandis que la mobilisation des ASC, des leaders religieux et traditionnels et des médias locaux ancre la demande de soins dans le tissu social. Sur le plan scientifique, l'étude fournit la première documentation empirique de l'adaptation du modèle TCI à la SMNI en Afrique de l'Ouest francophone et met à la disposition des chercheurs et des décideurs un cadre d'analyse répliquable, articulant la triade de Donabedian, les piliers du système de santé et la théorie de la mise à l'échelle, pour évaluer des interventions comparables.

4.8. Limites de l'étude

Plusieurs limites doivent être reconnues. Le schéma quasi-expérimental sans groupe de contrôle externe ne permet pas d'isoler strictement l'effet propre de l'intervention. La période d'observation de six mois est courte et ne préjuge pas de la pérennité des acquis. Les indicateurs reposent sur les données de routine du DHIS-2, dont la qualité peut varier. L'absence d'indicateurs d'issue clinique (mortalité maternelle et néonatale observée sur la période) limite la portée des conclusions sur l'impact final. Enfin, la transférabilité à des contextes dépourvus de capital communautaire préalable reste à documenter.

5. Conclusion

Dans un contexte où l'Afrique subsaharienne concentre encore près de 70 % des décès maternels mondiaux et où la progression vers la cible des Objectifs de Développement Durable marque le pas, l'étude exploratoire « Smart Integration MNCH/PF » de Daloa documente la faisabilité de l'adaptation du modèle The Challenge Initiative, initialement conçu pour la planification familiale et la SSRAJ, à la santé maternelle, néonatale et infantile. Adossée à la triade de Donabedian, au cadre des six piliers du système de santé et à la théorie de la mise à l'échelle, la transposition a reposé sur la préservation des trois approches structurantes du modèle original, sur leur élargissement thématique au continuum de soins SMNI et sur leur inscription dans la gouvernance sanitaire locale. Les résultats observés en six mois le confirment : la proportion de structures SONU atteignant un niveau de qualité ≥ 80 % a été multipliée par près de quatre (de 27 % à 100 %) ; la cible d'utilisatrices additionnelles de PF a été dépassée (102 %) ; le taux d'abandon CPN1-CPN4 a reculé de près de douze points ; trente Journées Spéciales intégrées ont permis 338 consultations prénatales, 150 consultations postnatales et 1 161 nouvelles utilisatrices de PF ; la municipalité a décaissé 4 000 000 FCFA sur une ligne budgétaire dédiée ; enfin, le modèle s'est diffusé spontanément vers le district voisin de Vavoua. La supervision formative, le coaching en cascade et la gestion anticipative des intrants et des urgences se révèlent les moteurs essentiels de cette performance, dans la filiation directe de la démonstration béninoise du Zou et en cohérence avec la Boîte à outils MNCH de TCI University. Au-delà des chiffres, la contribution sociale de l'étude est tangible : accès gratuit aux soins pour des femmes qui en étaient éloignées, meilleure sécurité des accouchements et des premiers

jours de vie, ancrage de la santé de la mère et de l'enfant dans les priorités budgétaires communales.

Des faiblesses persistent toutefois : les niveaux « très bien » restent à consolider sur les fonctions SONU les plus exigeantes, près d'une femme sur deux n'achève pas le cycle des consultations prénatales et le suivi postnatal demeure fragile ; la courte durée d'observation et l'absence de groupe de contrôle invitent en outre à la prudence dans l'interprétation. Six recommandations en découlent : (i) institutionnaliser les Journées Spéciales intégrées dans le calendrier sanitaire des districts ; (ii) inscrire la supervision et le coaching en cascade SMNI dans les plans de développement sanitaire régionaux ; (iii) garantir la disponibilité durable des intrants critiques par une gestion anticipative et par une coordination renforcée entre la NPSP, le PNSME et les pharmacies régionales ; (iv) investiguer finement les causes de la déperdition CPN1-CPN4 et adopter le schéma des huit contacts prénatals recommandé par l'OMS ; (v) renforcer le suivi postnatal à domicile par les ASC ; et (vi) constituer un réseau de villes Alumni en Afrique de l'Ouest francophone autour du modèle Smart Integration.

Références bibliographiques

AHMED Saifuddin, LI Qingfeng, LIU Li et TSUI Amy O., 2012. « Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries », in *The Lancet*, vol. 380, n°9837, pp. 111-125.

AJEANI Judith, MANGWI AYIASI Richard, TETUI Moses, EKIRAPA-KIRACHO Elizabeth, NAMAZZI Gertrude, MUHUMUZA KANANURA Ronald et al., 2017. « A cascade model of mentorship for frontline health workers in rural health facilities in Eastern Uganda: processes, achievements and lessons », in *Global Health Action*, vol. 10, suppl. 4, article 1345497.

AVOCÉ Josephat, KANDJI Mamadou, MITCHELL Vanessa, MENSAH Koami Maurice, GNAHOUI Hugues, TALLA Hawa et al., 2024. « Implementing quality improvement initiatives to improve the use of adolescent- and youth-friendly health services in Zou, Benin », in *Global Health: Science and Practice*, vol. 12, suppl. 2, article e2200223.

BHUTTA Zulfiqar A., DAS Jai K., BAHL Rajiv, LAWN Joy E., SALAM Rehana A., PAUL Vinod K. et al., 2014. « Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? », in *The Lancet*, vol. 384, n°9940, pp. 347-370.

BLUESTONE Julia, JOHNSON Peter, FULLERTON Judith, CARR Catherine, ALDERMAN Jessica et BONTEMPO James, 2013. « Effective in-service training design and delivery: evidence from an integrative literature review », in *Human Resources for Health*, vol. 11, article 51.

CAMPBELL Oona M.R. et GRAHAM Wendy J., 2006. « Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works », in *The Lancet*, vol. 368, n°9543, pp. 1284-1299.

CLELAND John, CONDE-AGUDELO Agustin, PETERSON Herbert, ROSS John et TSUI Amy, 2012. « Contraception and health », in *The Lancet*, vol. 380, n°9837, pp. 149-156.

DONABEDIAN Avedis, 2005. « Evaluating the quality of medical care », in *The Milbank Quarterly*, vol. 83, n°4, pp. 691-729.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS) et ICF, 2023. *Enquête démographique et de santé de la Côte d'Ivoire 2021 : rapport final*, INS et ICF, Abidjan et Rockville (Maryland).

KANDJI Mamadou, TALLA Hawa, NAKOULMA René Jean Firmin, NAIK BIJOU Sujata, DIOP Cheikh Ibrahima, AVOCÉ Josephat et al., 2024. « Increasing contraceptive use

through free Family Planning Special Days in poor urban areas in francophone West Africa », in *Global Health: Science and Practice*, vol. 12, suppl. 2, article e2200227.

KERBER Kate J., DE GRAFT-JOHNSON Joseph E., BHUTTA Zulfiqar A., OKONG Pius, STARRS Ann et LAWN Joy E., 2007. « Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery », in *The Lancet*, vol. 370, n°9595, pp. 1358-1369.

KURUVILLA Shyama, BUSTREO Flavia, KUO Taona, MISHRA Chandra Kishore, TAYLOR Katie, FOGSTAD Helga et al., 2016. « The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030): a roadmap based on evidence and country experience », in *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 94, n°5, pp. 398-400.

LEVITON Laura C., KETTEL KHAN Laura, ROG Debra, DAWKINS Nicola et COTTON David, 2010. « Evaluability assessment to improve public health policies, programs, and practices », in *Annual Review of Public Health*, vol. 31, pp. 213-233.

MANZI Anatole, MAGGE Hema, HEDT-GAUTHIER Bethany L., MICHAELIS Annie P., CYAMATARE Felix R., NYIRAZINYOYE Laetitia et al., 2014. « Clinical mentorship to improve pediatric quality of care at the health centers in rural Rwanda: a qualitative study of perceptions and acceptability of health care workers », in *BMC Health Services Research*, vol. 14, article 275.

MBA-ODUWUSI Nnenna, EZE Ifesinachi, OSUJI Tochukwu, AHMED Mubarak, AKALA Bolaji, OBUBU Maxwell et al., 2024. « Evaluating the effectiveness of quality improvement strategies in mid-level private healthcare facilities of Lagos State: a Donabedian model-based approach », in *Journal of Public Health International*, vol. 7, n°1, pp. 1-25.

NATIONS UNIES, DÉPARTEMENT DES AFFAIRES ÉCONOMIQUES ET SOCIALES (UN DESA), 2024. *The*

Sustainable Development Goals: Extended Report 2024 (Goal 3), Division de statistique des Nations Unies, New York.

NHS IMPROVEMENT, s.d. *A model for measuring quality care*, ACT Academy (QSIR Tools), NHS Improvement, Londres.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2007. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action*, OMS, Genève.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2016a. *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*, OMS, Genève.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2016b. *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*, OMS, Genève.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2018. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*, OMS, Genève.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2025. *Mortalité maternelle (aide-mémoire)*, OMS, Genève.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) et EXPANDNET, 2010. *Nine steps for developing a scaling-up strategy*, OMS, Genève.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), UNFPA, UNICEF et AMDD, 2009. *Monitoring emergency obstetric care: a handbook*, OMS, Genève.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), UNICEF, UNFPA, GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE et UN DESA/DIVISION DE LA POPULATION, 2025. *Trends in maternal mortality 2000 to 2023*, OMS, Genève.

OTOLORIN Emmanuel, GOMEZ Patricia, CURRIE Sheena, THAPA Kusum et DAO Blami, 2015. « Essential basic and emergency obstetric and newborn care », in

International Journal of Gynaecology & Obstetrics, vol. 130, suppl. 2, pp. S46-S53.

PARTENARIAT DE OUAGADOUGOU, 2026. *Rapport général de la 14e Réunion annuelle du Partenariat de Ouagadougou (RAPO 2025)*, Lomé, 16-18 décembre 2025, Unité de Coordination du Partenariat de Ouagadougou, Ouagadougou.

PEERSMAN Greet, GUIJT Irene et PASANEN Tiina, 2015. *Evaluability assessment for impact evaluation: guidance, checklists and decision support*, Overseas Development Institute (Methods Lab), Londres.

ROGERS Everett M., 2003. *Diffusion of innovations*, 5e édition, Free Press, New York.

SOUZA João Paulo, DAY Louise Tina, REZENDE-GOMES Ana Clara, ZHANG Jun, MORI Rintaro, BAGUIYA Adama et al., 2024. « A global analysis of the determinants of maternal health and transitions in maternal mortality », in *The Lancet Global Health*, vol. 12, n°2, pp. e306-e316.

TAYLOR-POWELL Ellen et HENERT Ellen, 2008. *Developing a logic model: teaching and training guide*, University of Wisconsin-Extension, Madison (Wisconsin).

THE CHALLENGE INITIATIVE, 2025a. *TCI 2024 Annual Report*, William H. Gates Sr. Institute for Population and Reproductive Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore (Maryland).

THE CHALLENGE INITIATIVE, 2025b. *Maternal, Newborn, and Child Health (MNCH) Toolkit*, TCI University, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore (Maryland).

THE CHALLENGE INITIATIVE, 2025c. *TCI launches new MNCH Toolkit to empower local governments and support healthy families, healthy communities*, The Challenge Initiative, Baltimore (Maryland).

UN IGME (GROUPE INTERINSTITUTIONS DES NATIONS UNIES POUR L'ESTIMATION DE LA MORTALITÉ JUVÉNILE), 2025. *Levels and trends in child mortality: report 2024*, UNICEF, New York.

WEKESAH Frederick M., MBADA Chidozie E., MUULA Adamson S., KABIRU Caroline W., MUTHURI Stella K. et IZUGBARA Chimaraoke O., 2016. « Effective non-drug interventions for improving outcomes and quality of maternal health care in sub-Saharan Africa: a systematic review », in *Systematic Reviews*, vol. 5, article 137.