

EDITORIAL 2

Three decades after Beijing: Progress and challenges in maternal, reproductive, and child health and rights in Africa

DOI: 10.29063/ajrh2025/v29i3.3

Josephine Aikpitanyi

Editor, African Journal of Reproductive Health, and Institute of Health and Society Research (IRSS), Faculty of Public Health, Université catholique de Louvain, Belgium

***For Correspondence:** Email: josephine.aikpitanyi@uclouvain.be; Phone: +32493370685

Three decades after the Beijing Declaration and Platform for Action, Africa has made progress in maternal, reproductive, and child health¹. Improvements in healthcare policies, increased access to family planning, and reductions in maternal mortality in some African countries reflect the continent's commitment to advancing women's health¹. Significant barriers, however, remain, including high maternal and child mortality rates, limited access to reproductive health services, and the persistence of harmful practices that threaten the well-being of women and girls¹. Achieving the key objectives of the Beijing Declaration Platform for Action remains a persistent challenge in Africa¹.

The Maputo Protocol, adopted by African countries in 2003, builds upon the commitments outlined in the Beijing Platform for Action by providing a legally binding framework tailored to Africa's socio-cultural and political contexts². It mandates the protection and promotion of women's rights, with explicit provisions on reproductive health, gender equality, and protection from violence². The Protocol serves as a critical instrument for advancing women's rights, yet its impact varies considerably across African nations due to differences in legal frameworks, cultural norms, and political will².

As of June 2023, the Maputo Protocol has received broad engagements from African Union (AU) member states³. Of the 55 AU member countries, 49 have signed the Protocol, and 44 have ratified and formally submitted reports to the African Commission on Human and Peoples' Rights³. While these numbers indicate a strong continental commitment to gender equality and women's rights, the implementation of the Protocol remains inconsistent³. Many countries have not fully integrated its provisions into national legal systems or allocated sufficient resources for enforcement, limiting its effectiveness in addressing gender equality,

maternal healthcare, reproductive rights, and gender-based violence³. Other challenges across African countries include:

High maternal mortality in fragile health systems

Despite commitments under the Maputo Protocol, progress in reducing maternal mortality across Africa remains unacceptably slow⁴. While some countries have achieved declines in maternal deaths since 2000, primarily due to expanded midwifery services, skilled birth attendance, and emergency obstetric care, these gains remain fragile and deeply uneven⁴. The Maputo Protocol explicitly guarantees women's rights to healthcare, including sexual and reproductive health, yet preventable pregnancy-related complications such as postpartum haemorrhage, sepsis, and eclampsia continue to claim thousands of lives⁴. In countries with weakened health systems, such as South Sudan, Chad, and Nigeria, maternal mortality ratios still exceed 1,000 deaths per 100,000 live births, driven by inadequate healthcare infrastructure, poor access to skilled birth attendants, and limited reproductive health services⁵. This stands in stark contrast to nations such as Norway and Australia, where maternal mortality ratios are as low as 3–6 deaths per 100,000 live births⁴.

Access to family planning and restrictive reproductive health Policies

Many African countries continue to underinvest in contraceptive access and reproductive health education, leaving women with limited options and increasing their reliance on unsafe procedures that contribute to high maternal mortality rates⁵. Restricted access to sexual and reproductive health services further exposes young girls to early pregnancies and sexually transmitted infections (STIs), including HIV/AIDS, in direct violation of their

right to comprehensive reproductive healthcare⁵. While some progress has been made, for instance, Kenya and Ethiopia have significantly expanded access to modern contraceptives, with Kenya achieving a modern contraceptive prevalence rate (mCPR) of approximately 57% among married women, these gains are not uniform across the continent⁶. Countries such as Nigeria, where the mCPR remains at approximately 12%, continue to face systemic barriers in family planning services, reflecting persistent inequalities in reproductive health access⁶.

The impact of harmful practices and gender-based violence

Child marriage and female genital mutilation (FGM) remain deeply entrenched, undermining maternal and reproductive health across Africa⁷. In Nigeria and Sudan, FGM prevalence remains alarmingly high despite legal prohibitions, reflecting persistent gaps in enforcement and community engagement⁷. These harmful practices significantly increase maternal and infant mortality, as young brides face heightened risks of childbirth complications, including obstructed labour, obstetric fistula, and stillbirths⁷. Additionally, violence against women remains a pervasive public health crisis, with countries such as South Africa and Nigeria reporting high rates of domestic abuse, femicide, and sexual violence, violations that directly contravene the Protocol's guarantees of bodily autonomy and protection from gender-based violence³. The COVID-19 pandemic further exposed systemic weaknesses in legal and social protection mechanisms, exacerbating gender-based violence and limiting access to essential reproductive health services³.

Child mortality rates

Despite progress, significant disparities persist in reducing child mortality across Africa. Investments in immunization programs, nutrition interventions, and primary healthcare have contributed to substantial declines in child mortality in countries such as Senegal and Tanzania⁸. However, these gains remain uneven, with under-five mortality rates exceeding 100 deaths per 1,000 live births in countries such as Somalia and the Central African Republic, a stark contrast to the rates below 5 per 1,000 live births observed in high-income countries⁷. These figures reflect systemic inequities in healthcare access, infrastructure, and resource allocation and highlight the urgent need for increased investments, policy enforcement, and regional collaboration to ensure that all African children benefit from the right to life, health, and development³.

Economic and geographic barriers to healthcare

Rural communities, particularly in West and Central Africa, continue to experience severe inequities in healthcare access, posing a significant barrier to the realization of women's health and reproductive rights⁹. Women in these regions often travel long distances to reach healthcare facilities, facing delays that increase the risk of maternal and neonatal complications⁹. Furthermore, high out-of-pocket costs place essential services, such as skilled birth attendance, antenatal care, and contraceptive access, beyond the reach of many women and exacerbates disparities in maternal and reproductive health outcomes⁹. Chronic underinvestment in healthcare infrastructure and professional training further weakens service delivery, particularly in maternal and reproductive health¹⁰.

Accelerating progress

Africa stands at a critical crossroads in its pursuit of gender equality, reproductive rights, and maternal health. Despite progress, the continent continues to lag behind global standards in key health indicators, with maternal mortality rates remaining alarmingly high and access to family planning services still limited³. The urgency to act has never been greater. If African nations are to truly uphold the Beijing Platform for Action's commitment to advancing gender equality, development, and peace for women while recognizing women's rights as fundamental human rights, then immediate, sustained action is required at all levels¹.

The Maputo Protocol, as Africa's most comprehensive legal framework for women's rights, provides a clear roadmap for gender-responsive healthcare and reproductive autonomy². Countries that have fully integrated its provisions into national legislation have strengthened legal protections against harmful practices such as female genital mutilation (FGM) and child marriage. Yet, the stark reality remains that many African nations have failed to fully implement the Protocol's mandates, leaving millions of women vulnerable to reproductive health violations and inadequate maternal healthcare³. Ratification alone is not enough; governments must act decisively to enforce and operationalize these commitments.

Now is the time for African governments to demonstrate unwavering political will by driving meaningful policy reforms, ensuring legal accountability, and making substantial investments in healthcare infrastructure. Maternal, reproductive, and child health must become a top budgetary priority, with increased funding directed toward safe motherhood programs, skilled birth attendants, and emergency obstetric care^{3,10}.

The cost of inaction is simply too high; preventable maternal deaths and reproductive health inequities will persist unless deliberate, large-scale interventions are implemented.

Furthermore, universal access to modern contraceptives and comprehensive reproductive health education must be guaranteed. Without these, women will continue to face barriers to making informed decisions about their reproductive lives^{1,3}.

Governments must also intensify efforts to eliminate harmful cultural practices through stronger law enforcement and community-driven advocacy programs. At the same time, healthcare disparities, particularly in rural areas, must be addressed through innovative solutions such as telemedicine, mobile health clinics, and community health worker initiatives.

Three decades after the Beijing Platform for Action, Africa can no longer afford to delay action. The vision of safe motherhood, reproductive autonomy, and gender equality must move beyond rhetoric and become a lived reality for every woman and child on the continent. The time for bold, transformative action is now.

Conflict of interest: None

References

1. UN-Women (United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women). *Beijing Declaration and Platform for Action 2020-2024: African regional review and summary report*. 2025.
2. African Union. *Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Rights of Women in Africa*. 2003: Maputo, Mozambique.
3. African Union (Solidarity for African Women's Rights) 2023. *Twenty Years of the Maputo Protocol: Where are we now?* Maputo-Protocol-Report.pdf (Assessed online 13th March 2025)
4. World Health Organization. *Ending Preventable Maternal Mortality (EPMM): a renewed focus for improving maternal and newborn health and well-being*. 2021: Geneva, Switzerland.
5. Tazinya R, Hajjar J, and Yaya S. Strengthening integrated sexual reproductive health and rights and HIV services programs to achieve sustainable development goals 3 and 5 in Africa. *Reproductive Health*, 2022. 19(1): p. 223.
6. Khundi M, Mzembe T, Ngwira T, Mankhwala C, Chifungo C, Peterson M, Vellemu R, Madise N, and Chipeta M. Unravelling factors influencing demand for modern contraception and evaluating coverage progress since 2015 in Ethiopia, Kenya, and Nigeria: insights from multilevel and geostatistical modelling. *BMC Public Health*, 2024. 24(1): p. 1855.
7. Jolivet R, Gausman J, and Langer A. Measuring social, economic, policy, and health system determinants of maternal health and survival: An urgent global priority. *PLoS One*. 2025. 20(1): p. e0317095.
8. Chikhungu C, Newell M, and Rollins N. Under-five mortality according to maternal survival: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 2017. 95(4): p. 281-287.
9. Ntoimo LFC, Okonofua FE, Igboin B, Ekwo C, Imongan W and Yaya S. Why rural women do not use primary health centres for pregnancy care: evidence from a qualitative study in Nigeria. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2019;19(1): 277-290.
10. UN-Women (United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women). 2025. *Women's Rights in Review 30 Years After Beijing*. New York: UN-Women

ÉDITORIAL 2

Trois décennies après Pékin : progrès et défis en matière de santé et de droits maternels, reproductifs et infantiles en Afrique

DOI: 10.29063/ajrh2025/v29i3.3

Josephine Aikpitanyi

Rédacteur en chef, Revue africaine de santé reproductive et Institut de recherche sur la santé et la société (IRSS), Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain, Belgique

***Pour la Correspondance:** josephine.aikpitanyi@uclouvain.be; Téléphone +32493370685

Trois décennies après la Déclaration et le Programme d'action de Beijing, l'Afrique a réalisé des progrès en matière de santé maternelle, reproductive et infantile¹. L'amélioration des politiques de santé, l'accès accru à la planification familiale et la réduction de la mortalité maternelle dans certains pays africains reflètent l'engagement du continent à promouvoir la santé des femmes¹. Cependant, des obstacles importants subsistent, notamment des taux élevés de mortalité maternelle et infantile, un accès limité aux services de santé reproductive et la persistance de pratiques néfastes qui menacent le bien-être des femmes et des filles¹. La réalisation des principaux objectifs de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing reste un défi persistant en Afrique¹.

Le Protocole de Maputo, adopté par les pays africains en 2003, s'appuie sur les engagements énoncés dans le Programme d'action de Beijing en fournissant un cadre juridiquement contraignant adapté aux contextes socioculturels et politiques de l'Afrique². Il impose la protection et la promotion des droits des femmes, avec des dispositions explicites sur la santé reproductive, l'égalité des sexes et la protection contre la violence². Le Protocole constitue un instrument essentiel pour la promotion des droits des femmes, mais son impact varie considérablement d'un pays africain à l'autre en raison des différences de cadres juridiques, de normes culturelles et de volonté politique².

En juin 2023, le Protocole de Maputo avait reçu un large engagement de la part des États membres de l'Union africaine (UA)³. Sur les 55 pays membres de l'UA, 49 ont signé le Protocole et 44 l'ont ratifié et ont officiellement soumis des rapports à la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples³. Si ces chiffres témoignent d'un engagement continental fort en faveur de l'égalité des sexes et des droits des femmes, la mise en œuvre du Protocole reste inégale³. De nombreux

pays n'ont pas pleinement intégré ses dispositions dans leurs systèmes juridiques nationaux ni alloué suffisamment de ressources à son application, ce qui limite son efficacité dans la lutte contre les violences faites aux femmes, les soins de santé maternelle, les droits reproductifs et la violence sexiste³. Parmi les autres défis auxquels font face les pays africains, on peut citer

Mortalité maternelle élevée dans des systèmes de santé fragiles

Malgré les engagements pris dans le cadre du Protocole de Maputo, les progrès en matière de réduction de la mortalité maternelle en Afrique restent d'une lenteur inacceptable⁴. Si certains pays ont enregistré une baisse de la mortalité maternelle depuis 2000, principalement grâce au développement des services de sages-femmes, à l'assistance qualifiée aux accouchements et aux soins obstétricaux d'urgence, ces avancées restent fragiles et profondément inégales⁴.

Le Protocole de Maputo garantit explicitement le droit des femmes aux soins de santé, y compris en matière de santé sexuelle et reproductive. Pourtant, des complications évitables liées à la grossesse, telles que l'hémorragie post-partum, la septicémie et l'éclampsie, continuent de faire des milliers de victimes⁴. Dans les pays dont les systèmes de santé sont affaiblis, comme le Soudan du Sud, le Tchad et le Nigéria, les taux de mortalité maternelle dépassent encore 1 000 décès pour 100 000 naissances vivantes, en raison d'infrastructures de santé inadéquates, d'un accès limité à des accoucheuses qualifiées et de services de santé reproductive limités⁵. Cela contraste fortement avec des pays comme la Norvège et l'Australie, où les taux de mortalité maternelle sont aussi bas que 3 à 6 décès pour 100 000 naissances vivantes⁴.

Accès à la planification familiale et politiques restrictives en matière de santé reproductive

De nombreux pays africains continuent de sous-investir dans l'accès à la contraception et l'éducation en matière de santé reproductive, ce qui limite les options offertes aux femmes et accroît leur recours à des procédures dangereuses, contribuant ainsi à des taux élevés de mortalité maternelle⁵. L'accès restreint aux services de santé sexuelle et reproductive expose davantage les jeunes filles aux grossesses précoces et aux infections sexuellement transmissibles (IST), dont le VIH/sida, en violation directe de leur droit à des soins de santé reproductive complets⁵. Si des progrès ont été réalisés, par exemple au Kenya et en Éthiopie, qui ont considérablement élargi l'accès aux contraceptifs modernes, le Kenya atteignant un taux de prévalence de la contraception moderne (TPCm) d'environ 57 % chez les femmes mariées, ces progrès ne sont pas uniformes sur l'ensemble du continent⁶. Des pays comme le Nigéria, où le TPCm reste d'environ 12 %, continuent de se heurter à des obstacles systémiques en matière de services de planification familiale, reflétant des inégalités persistantes en matière d'accès à la santé reproductive⁶.

L'impact des pratiques néfastes et des violences basées sur le genre

Le mariage des enfants et les mutilations génitales féminines (MGF) restent profondément ancrés, compromettant la santé maternelle et reproductive en Afrique⁷. Au Nigéria et au Soudan, la prévalence des MGF demeure alarmante malgré les interdictions légales, ce qui reflète des lacunes persistantes dans l'application de la loi et l'engagement communautaire⁷. Ces pratiques néfastes augmentent considérablement la mortalité maternelle et infantile, car les jeunes mariées sont exposées à des risques accrus de complications lors de l'accouchement, notamment de dystocie, de fistule obstétricale et de mortinaissances⁷. De plus, la violence à l'égard des femmes demeure une crise de santé publique généralisée, des pays comme l'Afrique du Sud et le Nigéria signalant des taux élevés de violences domestiques, de féminicides et de violences sexuelles, des violations qui contreviennent directement aux garanties du Protocole en matière d'autonomie corporelle et de protection contre les violences basées sur le genre³. La pandémie de COVID-19 a encore davantage mis en évidence les faiblesses systémiques des mécanismes de protection juridique et sociale, exacerbant les violences basées sur le genre et limitant l'accès aux services essentiels de santé reproductive³.

Taux de mortalité infantile

Malgré les progrès réalisés, d'importantes disparités persistent en matière de réduction de la mortalité infantile en Afrique. Les investissements dans les programmes de vaccination, les interventions nutritionnelles et les soins de santé primaires ont contribué à une baisse substantielle de la mortalité infantile dans des pays comme le Sénégal et la Tanzanie⁸. Cependant, ces progrès restent inégaux, avec des taux de mortalité des moins de cinq ans dépassant 100 décès pour 1000 naissances vivantes dans des pays comme la Somalie et la République centrafricaine, ce qui contraste fortement avec les taux inférieurs à⁵ pour 1000 naissances vivantes observés dans les pays à revenu élevé⁷. Ces chiffres reflètent les inégalités systémiques en matière d'accès aux soins de santé, d'infrastructures et d'allocation des ressources, et soulignent le besoin urgent d'accroître les investissements, l'application des politiques et la collaboration régionale afin de garantir que tous les enfants africains bénéficient du droit à la vie, à la santé et au développement³.

Obstacles économiques et géographiques à l'accès aux soins de santé

Les communautés rurales, en particulier en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, continuent de connaître de graves inégalités en matière d'accès aux soins de santé, ce qui constitue un obstacle important à la réalisation des droits des femmes en matière de santé et de procréation⁹. Dans ces régions, les femmes parcourent souvent de longues distances pour accéder aux établissements de santé, ce qui entraîne des retards qui augmentent le risque de complications maternelles et néonatales⁹. De plus, les coûts élevés à la charge des patientes rendent les services essentiels, tels que l'assistance qualifiée à l'accouchement, les soins prénatals et l'accès à la contraception, inaccessibles à de nombreuses femmes et accentuent les disparités en matière de santé maternelle et reproductive⁹.

Le sous-investissement chronique dans les infrastructures de santé et la formation professionnelle affaiblit encore davantage la prestation de services, notamment en matière de santé maternelle et reproductive¹⁰.

Accélérer les progrès

L'Afrique se trouve à un tournant décisif dans sa quête d'égalité des sexes, de droits reproductifs et de santé maternelle. Malgré les progrès réalisés, le continent reste à la traîne par rapport aux normes mondiales concernant les principaux indicateurs de santé, les taux de mortalité

maternelle restant alarmants et l'accès aux services de planification familiale encore limité³. L'urgence d'agir n'a jamais été aussi grande. Si les pays africains veulent véritablement respecter l'engagement du Programme d'action de Beijing en faveur de l'égalité des sexes, du développement et de la paix pour les femmes, tout en reconnaissant leurs droits comme des droits humains fondamentaux, une action immédiate et soutenue est nécessaire à tous les niveaux¹.

Le Protocole de Maputo, cadre juridique le plus complet d'Afrique pour les droits des femmes, fournit une feuille de route claire pour des soins de santé tenant compte des questions de genre et l'autonomie reproductive². Les pays qui ont pleinement intégré ses dispositions dans leur législation nationale ont renforcé les protections juridiques contre les pratiques néfastes telles que les mutilations génitales féminines (MGF) et le mariage des enfants. Pourtant, la dure réalité demeure : de nombreux pays africains n'ont pas pleinement mis en œuvre les mandats du Protocole, laissant des millions de femmes vulnérables aux violations de la santé reproductive et à des soins de santé maternelle inadéquats³. La ratification seule ne suffit pas ; les gouvernements doivent agir de manière décisive pour faire respecter et mettre en œuvre ces engagements. Il est temps pour les gouvernements africains de faire preuve d'une volonté politique inébranlable en menant des réformes politiques significatives, en garantissant la responsabilité juridique et en réalisant des investissements substantiels dans les infrastructures de santé. La santé maternelle, reproductive et infantile doit devenir une priorité budgétaire absolue, avec un financement accru consacré aux programmes de maternité sans risque, aux accoucheuses qualifiées et aux soins obstétricaux d'urgence^{3,10}. Le coût de l'inaction est tout simplement trop élevé ; les décès maternels évitables et les inégalités en matière de santé reproductive persisteront si des interventions délibérées et à grande échelle ne sont pas mises en œuvre. En outre, l'accès universel aux contraceptifs modernes et une éducation complète en matière de santé reproductive doivent être garantis. Sans cela, les femmes continueront de se heurter à des obstacles pour prendre des décisions éclairées concernant leur vie reproductive^{1,3}. Les gouvernements doivent également intensifier leurs efforts pour éliminer les pratiques culturelles néfastes par un renforcement de l'application de la loi et des programmes de plaidoyer communautaires. Parallèlement, les disparités en matière de santé, en particulier dans les zones rurales, doivent être comblées

par des solutions innovantes telles que la télémédecine, les cliniques mobiles et les initiatives d'agents de santé communautaires.

Trois décennies après le Programme d'action de Beijing, l'Afrique ne peut plus se permettre de retarder l'action. La vision d'une maternité sans risque, d'une autonomie reproductive et de l'égalité des sexes doit dépasser les discours et devenir une réalité concrète pour chaque femme et chaque enfant du continent. Il est temps d'agir avec audace et de transformer les choses

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

1. ONU-Femmes (Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes). Déclaration et Programme d'action de Beijing 2020-2024 : Examen régional et rapport de synthèse pour l'Afrique. 2025.
2. Union africaine. Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique. 2003 : Maputo, Mozambique.
3. Union africaine (Solidarité pour les droits des femmes africaines). 2023. Vingt ans du Protocole de Maputo : Où en sommes-nous ? Maputo-Protocol-Report.pdf (Évalué en ligne le 13 mars 2025)
4. Organisation mondiale de la Santé. Mettre fin à la mortalité maternelle évitable (MPME) : une priorité renouvelée pour l'amélioration de la santé et du bien-être maternels et néonataux. 2021 : Genève, Suisse.
5. Tazinya R, Hajjar J, et Yaya S. Renforcer les programmes intégrés de santé et de droits sexuels et reproductifs et de services liés au VIH pour atteindre les Objectifs de développement durable 3 et 5 en Afrique. *Santé reproductive*, 2022. 19(1) : p. 223.
6. Khundi M, Mzembe T, Ngwira T, Mankhwala C, Chifungo C, Peterson M, Vellemu R, Madise N et Chipeta M. Décrypter les facteurs influençant la demande de contraception moderne et évaluer les progrès de la couverture depuis 2015 en Éthiopie, au Kenya et au Nigéria : aperçus de la modélisation multiniveau et géostatistique. *BMC Public Health*, 2024. 24(1) : p. 1855.
7. Jolivet R, Gausman J et Langer A. Mesurer les déterminants sociaux, économiques, politiques et du système de santé de la santé et de la survie maternelles : une priorité mondiale urgente. *PLoS One*. 2025. 20(1) : p. e0317095.
8. Chikhungu C, Newell M et Rollins N. Mortalité des moins de cinq ans selon la survie maternelle : revue systématique et méta-analyse. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2017. 95(4) : p. 281-287.
9. Ntoimo LFC, Okonofua FE, Igboin B, Ekwo C, Imongan W et Yaya S. Pourquoi les femmes rurales ne recourent pas aux centres de santé primaires pour les soins liés à la grossesse : données issues d'une étude qualitative au Nigéria. *BMC Grossesse et Accouchement*. 2019 ; 19(1) : 277-290.
10. ONU-Femmes (Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes). 2025. Bilan des droits des femmes 30 ans après Beijing. New York : ONU-Femmes