

## EDITORIAL

# Access alone is not enough: Rethinking maternal health in sub-Saharan Africa

DOI: 10.29063/ajrh2026/v30i3.1

Josephine Aikpitanyi

Editor, African Journal of Reproductive Health, Université catholique de Louvain, Belgium

\*For Correspondence: Email: [josephine.aikpitanyi@uclouvain.be](mailto:josephine.aikpitanyi@uclouvain.be)

For more than two decades, maternal health policy in sub-Saharan Africa has been guided by a powerful and intuitive idea: if women can physically reach a health facility, maternal deaths will fall. This logic has driven billions of dollars in investment toward building clinics, training health workers, subsidising care, and expanding coverage. On paper, the strategy has worked. Skilled birth attendance in sub-Saharan Africa rose from just 38% in 2000 to approximately 74% by 2023.<sup>1</sup> Facility density has increased; user fees have been reduced or abolished in many countries; and maternal health has remained central to global development agendas. Yet maternal mortality remains catastrophically high. Sub-Saharan Africa still accounts for nearly 70% of all maternal deaths globally, with an estimated 182,000 maternal deaths recorded in 2023 alone.<sup>2</sup> The region's maternal mortality ratio, 454 deaths per 100,000 live births, is more than 150 times higher than that of high-income countries.<sup>2</sup>

Maternal health interventions have long operated under what might be called the *access fallacy*: the assumption that availability naturally leads to use. Build clinics and women will come. Train midwives and women will trust them. Remove fees and financial barriers will disappear. This logic has shaped national strategies and donor priorities across the region. But evidence increasingly shows that access alone is a weak predictor of care utilisation. In several sub-Saharan African countries, facility availability is near universal, yet only around two-thirds of births occur in health facilities.<sup>1</sup> Even when services are free or subsidised, women frequently opt for home births attended by traditional birth attendants.

### ***Trust and the experience of care***

For many women, the decision to avoid health facilities has less to do with distance or cost and far more to do with trust. What happens inside clinics and hospitals matter just as much as whether they exist. Studies across sub-Saharan Africa show that nearly half of women

giving birth in facilities experience some form of disrespect, including being shouted at, ignored, examined without consent, or even physically abused while in labour.<sup>3,4</sup> Such experiences do not stay within hospital walls. They are shared with sisters, daughters, neighbours, and friends, serving as powerful warnings about what awaits within health facilities. Over time, clinics come to be seen not as places of safety, but as places where dignity is stripped away. Once that trust is broken, it is extraordinarily hard to rebuild, and no amount of new buildings or equipment can replace it. Seen through this lens, many women's choices make painful sense. Faced with the option of giving birth at home surrounded by familiar faces and respect, or in a facility where humiliation feels almost guaranteed, some women choose risk over disrespect. This is not ignorance or stubbornness. It is a rational response to a health system that has failed to earn and keep the trust of the women it is meant to serve.

### ***Power, norms, and decision-making constraints***

Another persistent blind spot in maternal health policy is the assumption that women are autonomous decision-makers. In many settings, they are not. Studies from Nigeria, Mali, and Zambia show that husbands and mothers-in-law often control decisions related to pregnancy and childbirth.<sup>5</sup> Social norms further reinforce these constraints. Where facility-based birth is perceived as unnecessary, shameful, or a sign of weakness, women who seek institutional care may face social sanction. Evidence shows that perceived community disapproval significantly reduces the likelihood of facility-based births, even among women who personally view such care favourably.<sup>6</sup>

### ***The psychological dimension we rarely measure***

Beyond social norms and mistrust lies a factor that is rarely discussed yet deeply influential: women's self-perception and their capacity to shape their own lives.

Evidence from rural Nigeria shows that women's sense of control and self-worth plays a powerful role in whether they seek care during pregnancy and childbirth.<sup>7</sup> Women who believed that outcomes were largely decided by fate, God, or powerful others were far less likely to attend antenatal clinics, use a skilled provider, or return for postnatal care.<sup>7</sup> This is not an abstract psychological concept. When a woman feels she has little control over what happens to her, seeking formal care can seem pointless. In settings where maternal deaths are already unacceptably high, even modest reductions in care-seeking translate into large numbers of avoidable deaths, lives lost not because services did not exist, but because women did not feel able or empowered to use them.

### ***Rethinking what “access” really means***

If maternal mortality is to fall meaningfully in sub-Saharan Africa, access must be redefined. True access is not the presence of a building; it is the ability to enter a system without fear, humiliation, or loss of agency. It requires services that are not only available but trusted; not only affordable but respectful; not only staffed but socially embedded. This means investing in quality improvement that directly addresses mistreatment, engaging men and older adults in reshaping norms around childbirth, and integrating psychological support into maternal care. Sub-Saharan Africa does not suffer from a lack of maternal health infrastructure alone. It suffers from a misdiagnosis of the problem. Access has been treated as the destination when it is merely the

starting point. Until maternal health policy confronts the social, institutional, and psychological realities that shape women's decisions, new clinics will continue to coexist with preventable deaths.

**Conflict of interest:** None

### **References**

1. UNICEF. (2023). Delivery care. *UNICEF DATA*. <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>
2. World Health Organization (WHO), UNICEF, UNFPA, World Bank Group, UNPD. (2025). Trends in maternal mortality 2000 to 2023. Geneva: World Health Organization.
3. Yosef T, Belachew T, Tefera Y. Disrespect and abuse of women during the process of childbirth at health facilities in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, Abuse*. 2020
4. Wassihun B, Deribe L, Worede N, Gultie T. Disrespect and abuse of women during childbirth at health facilities in Eastern Africa: Systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*. 2023.
5. Castle S, Konaté MK, Ulin PR, Martin S. The influence of intrafamilial power on maternal health care in Mali: Perspectives of women, men and mothers-in-law. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2013: 39(2), 58-68.
6. Gabrysch S, Campbell OM. Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2009: 9(1), 1-18.
7. Aikpitanyi J, Okonofua F, Ntoimo L, Tubeuf S. Locus of control and self-esteem as predictors of maternal and child healthcare services utilization in Nigeria. *Frontiers in Health Services*, 2022: 2, 847721..

## ÉDITORIAL

# L'accès seul ne suffit pas: repenser la santé maternelle en Afrique subSaharienne

DOI: 10.29063/ajrh2026/v30i3.1

Josephine Aikpitanyi

Rédacteur, African Journal of Reproductive Health, Université catholique de Louvain, Belgique

Pour toute correspondance : Courriel : [josephine.aikpitanyi@uclouvain.be](mailto:josephine.aikpitanyi@uclouvain.be)

Depuis plus de vingt ans, les politiques de santé maternelle en Afrique subsaharienne reposent sur une idée simple et efficace : si les femmes peuvent accéder physiquement à un établissement de santé, la mortalité maternelle diminuera. Cette logique a mobilisé des milliards de dollars d'investissements dans la construction de dispensaires, la formation du personnel de santé, la subvention des soins et l'extension de la couverture. Sur le papier, la stratégie a porté ses fruits. Le recours à un personnel qualifié pour l'accouchement en Afrique subsaharienne est passé de seulement 38 % en 2000 à environ 74 % en 2023<sup>1</sup>. La densité des établissements de santé a augmenté ; les frais d'utilisation ont été réduits ou supprimés dans de nombreux pays ; et la santé maternelle est restée un enjeu central des programmes de développement mondiaux. Pourtant, la mortalité maternelle demeure catastrophique. L'Afrique subsaharienne représente encore près de 70 % de la mortalité maternelle mondiale, avec environ 182 000 décès maternels enregistrés pour la seule année 2023<sup>2</sup>. Le taux de mortalité maternelle de la région, soit 454 décès pour 100 000 naissances vivantes, est plus de 150 fois supérieur à celui des pays à revenu élevé<sup>2</sup>

Les interventions en santé maternelle ont longtemps reposé sur ce que l'on pourrait appeler le biais d'accès : l'hypothèse que la disponibilité des services entraîne naturellement leur utilisation. Construisez des dispensaires et les femmes viendront. Formez des sages-femmes et les femmes leur feront confiance. Supprimez les frais et les obstacles financiers disparaîtront. Cette logique a façonné les stratégies nationales et les priorités des bailleurs de fonds dans toute la région. Or, il est de plus en plus évident que l'accès seul ne permet pas de prédire avec certitude le recours aux soins. Dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, les établissements de santé sont quasi universels, pourtant seulement deux tiers environ des accouchements ont lieu dans ces structures.<sup>1</sup> Même lorsque les services sont gratuits ou subventionnés, les femmes

optent souvent pour un accouchement à domicile assisté par des accoucheuses traditionnelles.

### *La confiance et l'expérience des soins*

Pour de nombreuses femmes, le choix d'éviter les établissements de santé est moins lié à la distance ou au coût qu'à la confiance. Ce qui se passe à l'intérieur des cliniques et des hôpitaux est tout aussi important que leur existence même. Des études menées en Afrique subsaharienne montrent que près de la moitié des femmes qui accouchent dans ces établissements subissent une forme de manque de respect : cris, indifférence, examens sans consentement, voire violences physiques pendant le travail.<sup>3, 4</sup> Ces expériences ne restent pas confinées aux murs de l'hôpital. Elles sont partagées avec les sœurs, les filles, les voisines et les amies, constituant de puissants avertissements sur ce qui les attend dans les établissements de santé. Avec le temps, les cliniques ne sont plus perçues comme des lieux sûrs, mais comme des lieux où la dignité est bafouée. Une fois la confiance rompue, il est extrêmement difficile de la rétablir, et aucun nouveau bâtiment ni équipement ne peut la remplacer. Dans ce contexte, les choix de nombreuses femmes prennent tout leur sens. Confrontées à l'alternative d'accoucher à domicile, entourées de visages familiers et de respect, ou dans un établissement où l'humiliation semble quasi inévitable, certaines femmes préfèrent prendre le risque plutôt que de subir le manque de respect. Il ne s'agit ni d'ignorance ni d'entêtement. C'est une réaction rationnelle face à un système de santé qui n'a pas su gagner et conserver la confiance des femmes qu'il est censé servir.

### *Pouvoir, normes et contraintes de prise de décision*

Un autre angle mort persistant des politiques de santé maternelle 11isapp dans l'hypothèse que les femmes sont des décideuses autonomes. Or, dans de nombreux 11isappro, ce n'est pas le cas. Des études menées au

Nigéria, au Mali et en Zambie montrent que les maris et les belles-mères contrôlent souvent les 12 isapprob relatives à la grossesse et à l'accouchement.<sup>5</sup> Les 12 isap sociales renforcent encore ces contraintes. Lorsque l'accouchement en établissement de santé est perçu comme inutile, honteux ou un signe de faiblesse, les femmes qui y ont recours peuvent s'exposer à des sanctions sociales. Il est démontré que la 12 isapprobation perçue de la communauté réduit considérablement la probabilité d'accoucher en établissement de santé, même chez les femmes qui, personnellement, y sont favorables.<sup>6</sup>

### ***La dimension psychologique que nous mesurons rarement***

Au-delà des normes sociales et de la méfiance se cache un facteur rarement abordé, mais pourtant profondément influent : la perception que les femmes ont d'elles-mêmes et leur capacité à façonner leur propre vie. Des données provenant du Nigéria rural montrent que le sentiment de contrôle et l'estime de soi des femmes jouent un rôle déterminant dans leur recours aux soins pendant la grossesse et l'accouchement.<sup>7</sup> Les femmes qui pensaient que l'issue de leur grossesse et de leur accouchement était largement déterminée par le destin, Dieu ou des personnes influentes étaient beaucoup moins susceptibles de se rendre aux consultations prénatales, de consulter un professionnel de santé qualifié ou de revenir pour des soins postnatals.<sup>7</sup> Il ne s'agit pas d'un concept psychologique abstrait. Lorsqu'une femme a le sentiment de n'avoir que peu de contrôle sur ce qui lui arrive, le recours à des soins formels peut lui paraître inutile. Dans les contextes où la mortalité maternelle est déjà inacceptable, même une légère diminution du recours aux soins se traduit par un grand nombre de décès évitables, des vies perdues non pas par manque de services, mais parce que les femmes ne se sentaient pas capables ou habilitées à les utiliser.

### ***Repenser ce que signifie réellement « accès »***

Pour que la mortalité maternelle diminue significativement en Afrique subsaharienne, l'accès aux soins doit être redéfini. Un véritable accès ne se limite pas à la présence d'un bâtiment ; il s'agit de pouvoir intégrer un système sans crainte, sans humiliation ni

perte de contrôle. Cela exige des services non seulement disponibles, mais aussi dignes de confiance ; non seulement abordables, mais aussi respectueux ; non seulement dotés de personnel, mais aussi socialement ancrés. Cela implique d'investir dans l'amélioration de la qualité des soins, de lutter directement contre les mauvais traitements, d'impliquer les hommes et les personnes âgées dans la transformation des normes liées à l'accouchement et d'intégrer un soutien psychologique aux soins maternels. L'Afrique subsaharienne ne souffre pas seulement d'un manque d'infrastructures de santé maternelle. Elle souffre d'un diagnostic erroné du problème. L'accès a été considéré comme une finalité, alors qu'il n'est que le point de départ. Tant que les politiques de santé maternelle ne prendront pas en compte les réalités sociales, institutionnelles et psychologiques qui influencent les décisions des femmes, de nouvelles cliniques continueront de coexister avec des décès évitables.

**Conflit d'intérêt :** Aucun

### **Références**

1. UNICEF. (2023). Soins obstétricaux. Données UNICEF. <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>
2. Organisation mondiale de la Santé (OMS), UNICEF, UNFPA, Groupe de la Banque mondiale, UNPD. (2025). Tendances de la mortalité maternelle de 2000 à 2023. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
3. Yosef, T., Belachew, T. et Tefera, Y. (2020). Manque de respect et maltraitance des femmes lors de l'accouchement dans les établissements de santé d'Afrique subsaharienne : revue systématique et méta-analyse. *Trauma, Violence, Abuse*.
4. Wassihun, B., Deribe, L., Worede, N., Gultie, T. (2023). Manque de respect et maltraitance des femmes lors de l'accouchement dans les établissements de santé d'Afrique de l'Est : revue systématique et méta-analyse. *Frontiers in Public Health*.
5. Castle, S., Konaté, M. K., Ulin, P. R., Martin, S. (2013). L'influence du pouvoir intrafamilial sur les soins de santé maternelle au Mali : perspectives des femmes, des hommes et des belles-mères. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 39(2), 58-68.
6. Gabrysch, S., Campbell, O. M. (2009). Encore un long chemin à parcourir : revue de la littérature sur les déterminants du recours aux services d'accouchement. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9(1), 1-18. Aikpitanyi, J., Okonofua, F., Ntoimo, L., Tubeuf, S. (2022). Locus de contrôle et estime de soi comme prédicteurs de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile au Nigéria. *Frontiers in Health Services*, 2, 847721