

EDITORIAL

Emergency obstetric and newborn care: A priority measure to achieve rapid decline in maternal and newborn mortality in sub-Saharan Africa

DOI: 10.29063/ajrh2026/v30i15.1

Friday Okonofua^{1,2*} and Lorretta Favour Chizomam Ntoimo^{3,4}

Editor in Chief, African Journal of Reproductive Health¹; Emeritus Professor of Obstetrics and Gynaecology, University of Benin, Nigeria²; Editor, African Journal of Reproductive Health, Nigeria³; Department of Demography and Social Statistics, Faculty of Social Sciences, Federal University Oye-Ekiti, Nigeria⁴

***For Correspondence:** Email: feokonofua@yahoo.co.uk

For more than three decades, sub-Saharan Africa has invested heavily in the five WHO pillars of safe motherhood.^{1,2} Governments, development partners, professional associations and civil society organizations have promoted family planning, strengthened antenatal care, expanded skilled birth attendance, improved postnatal care, and, where permitted by law, advocated for safe abortion services. These interventions have undoubtedly contributed to improved maternal and newborn health and have saved countless lives. Yet the region continues to account for approximately 70% of global maternal deaths.³ The persistence of this unacceptable burden raises an important question: why have these investments not translated into the dramatic reductions in maternal mortality that many had anticipated?

The answer possibly lies in a fundamental but often overlooked reality. Pregnancy is inherently unpredictable. Even among women who receive excellent antenatal care, attend all scheduled clinic visits, and are cared for by skilled birth attendants, life-threatening obstetric complications can develop suddenly and without warning. Haemorrhage, eclampsia, obstructed labour, sepsis, uterine rupture, complications of abortion, and severe neonatal asphyxia frequently occur in women previously considered to have low-risk pregnancies. When these emergencies arise, preventive interventions have already reached their limits. At that critical moment, emergency obstetric and newborn care (EmONC) becomes the only intervention capable of preventing death.

This reality deserves greater recognition in maternal health policy. Emergency obstetric and newborn care is not merely another component of safe motherhood. It is the final safety net when every preceding intervention has failed or proved insufficient. It is the last line of defence between life and death.

Safe motherhood should rightly continue to emphasize prevention: Family planning reduces unintended pregnancies and prevents women from being exposed to unnecessary obstetric risks.⁴ Quality antenatal care identifies pre-existing medical conditions and detects complications before they become severe.⁵ Skilled birth attendance increases the likelihood that problems will be recognized early.⁶ Postnatal care prevents complications after delivery⁷, while safe abortion services reduce deaths resulting from unsafe abortion.^{4,8} Together, these interventions form the foundation of maternal and newborn health.

However, none of these interventions can eliminate obstetric emergencies. No health system can accurately predict every woman who will develop postpartum haemorrhage, severe pre-eclampsia, amniotic fluid embolism, placental abruption, obstructed labour or neonatal respiratory depression. Complications arise even in women without identifiable risk factors. This explains why risk screening during pregnancy has repeatedly demonstrated limited effectiveness in identifying all women who will require emergency interventions.^{9,10} Every pregnant woman must therefore be regarded as potentially at risk.

The history of maternal mortality reduction reinforces this argument. Countries that have achieved the most dramatic declines in maternal deaths did not rely solely on preventive services. They simultaneously established health systems capable of providing rapid, comprehensive and high-quality emergency obstetric care. The introduction of timely Caesarean sections, blood transfusion services, effective management of obstetric haemorrhage, administration of magnesium sulphate for eclampsia, prompt treatment of sepsis, assisted vaginal delivery where appropriate, neonatal resuscitation, and intensive newborn care transformed maternal survival in Europe, North America and many

middle-income countries. These same interventions remain indispensable in sub-Saharan Africa today.

Unfortunately, access to quality EmONC remains grossly inadequate across much of sub-Saharan Africa. Our recent evidence and those of others^{11–13} indicate that large segments of rural populations live several hours from facilities capable of performing comprehensive emergency obstetric care. Many district hospitals lack functional operating theatres, reliable electricity, essential medicines, blood banks, laboratory services or adequately trained personnel. Ambulance services are often unavailable or unaffordable. Referral systems remain fragmented, with unnecessary delays occurring at multiple levels of care. These weaknesses continue to fuel preventable maternal and newborn deaths. The well-known "three delays" model remains highly relevant. Women frequently experience delays in recognizing danger signs, delays in deciding to seek care, delays in reaching health facilities, and delays in receiving appropriate treatment after arrival. Even when women successfully reach hospitals, shortages of skilled personnel, blood products, surgical supplies and essential medicines may delay life-saving interventions. For women experiencing severe postpartum haemorrhage or obstructed labour, even a delay of one hour may determine survival.

The evidence consistently demonstrates that the availability of high-quality emergency obstetric care produces immediate reductions in maternal mortality. Unlike many preventive interventions whose effects accumulate gradually over time, timely emergency care directly interrupts the pathway leading to maternal death. A woman with severe haemorrhage who receives rapid blood transfusion and surgical management survives. A woman with eclampsia who receives magnesium sulphate and timely delivery survives. A woman with obstructed labour who undergoes prompt Caesarean delivery survives. A newborn who receives effective resuscitation survives. The benefits are immediate, measurable and substantial.

This does not diminish the importance of preventive interventions. Rather, it underscores the need to recognize the complementary nature of the safe motherhood continuum. Prevention reduces the incidence of complications. Emergency care prevents complications from becoming fatalities. One cannot replace the other. Nevertheless, in settings where maternal mortality remains extremely high, strengthening emergency obstetric and newborn care offers perhaps the greatest opportunity for achieving rapid and substantial reductions in maternal deaths.

The time has therefore come for sub-Saharan African countries to reposition EmONC at the centre of maternal health policy. This requires moving beyond counting facilities designated as providing emergency obstetric care to ensuring that these facilities actually function twenty-four hours a day, seven days a week. Functionality—not designation—should become the primary measure of success.

Improving access to quality EmONC demands sustained investments in health systems. Every district should have at least one fully functional comprehensive emergency obstetric and newborn care facility capable of performing Caesarean sections, administering safe anaesthesia, providing blood transfusion, managing severe obstetric complications and caring for sick newborns. Basic emergency obstetric care should be available at strategically located primary-level facilities capable of administering parenteral antibiotics, oxytocics and anticonvulsants, performing assisted vaginal deliveries where appropriate, removing retained products of conception, manually removing retained placentas, and providing newborn resuscitation.

Equally important is investment in the health workforce. Continuous competency-based training, supportive supervision, simulation exercises, multidisciplinary emergency drills and regular clinical audits should become standard practice. Maternal death surveillance and response systems must evolve from documenting deaths to driving continuous quality improvement. Every preventable maternal death should trigger institutional learning and corrective action rather than administrative reporting alone.

Reliable referral systems are equally indispensable. Functional ambulance services, effective communication networks, maternity waiting homes for women in remote areas, and financial protection mechanisms that eliminate catastrophic out-of-pocket payments can substantially reduce delays in accessing life-saving care. At the same time, blood donation systems should be strengthened through community mobilization, improved blood banking infrastructure and efficient distribution networks.

Quality must remain the defining principle. Emergency obstetric care that is inaccessible, delayed, unsafe or disrespectful cannot achieve its intended impact. Women deserve services that are timely, evidence-based, compassionate and delivered with dignity. Respectful maternity care should accompany every emergency intervention, ensuring that survival is achieved without compromising women's rights or experiences.

As sub-Saharan Africa strives to attain the Sustainable Development Goal target of reducing maternal mortality to less than 70 deaths per 100,000 live births, difficult choices regarding resource allocation will continue to arise. Prevention must remain a cornerstone of maternal health programmes. However, policymakers must acknowledge an undeniable truth. When family planning has failed to prevent pregnancy, when antenatal care has failed to predict complications, when skilled birth attendance has been overwhelmed by sudden emergencies, when safe abortion services are unavailable or inaccessible, and when postnatal complications develop unexpectedly, emergency obstetric and newborn care becomes the only remaining opportunity to save the lives of mothers and their babies.

This is not an argument against prevention. It is an argument for realism. In the current sub-Saharan African context, where health systems remain fragile and maternal mortality remains unacceptably high, no intervention offers a greater opportunity for rapid reductions in maternal deaths than universal access to timely, high-quality emergency obstetric and newborn care. It is the intervention that stands between complication and catastrophe, between hope and despair, and ultimately between life and death.

If sub-Saharan Africa is serious about ending preventable maternal mortality, emergency obstetric and newborn care must no longer be regarded simply as one pillar of safe motherhood. It must be recognized, prioritized and financed as the indispensable lifeline that gives every woman experiencing obstetric complications her greatest chance of survival.

Conflict of Interest: None

References

1. United Nations. Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994. New York: United Nations; 1995.
2. World Health Organization. Sexual and reproductive health and rights. 2026. Accessed March 4, 2026. <https://www.who.int/health-topics/sexual-and-reproductive-health-and-rights>
3. WHO Regional Office for Africa. Sexual and Reproductive Health Fact Sheet WHO African Region. World Health Organization; 2020. <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2020-06/Sexual%20and%20reproductive%20health-%20Fact%20sheet%2028-05-2020.pdf>
4. WHO Regional Office for Africa. Sexual and Reproductive Health in the African Region in 2024: A Summary. 2025. https://files.who.int/afro/who.int/afahobckpcontainer/producton/files/Sexual_and_Reproductive_Health_Analytical_Brief_2025.pdf
5. El Ansari W, El-Ansari K, Arafa M. Breaking the silence – systematic review of the socio-cultural underpinnings of men's sexual and reproductive health in Middle East and North Africa (MENA): A handful of taboos? Arab Journal of Urology. 2025;23(1):16-32. doi:10.1080/20905998.2024.2387511
6. Sidamo NB, Kerbo AA, Gidebo KD, Wado YD. Socio-Ecological Analysis of Barriers to Access and Utilization of Adolescent Sexual and Reproductive Health Services in Sub-Saharan Africa: A Qualitative Systematic Review. Open Access Journal of Contraception. 2023;14(null):103-118. doi:10.2147/OAJC.S411924
7. United Nations Population Fund (UNFPA). State of World Population Report 2025. New York: UNFPA.
8. Ekpör E, Brobbey SS, Kumah CY, Akyirem S. Experience of infertility-related stigma in Africa: a systematic review and mixed methods meta-synthesis. Int Health. 2025;17(6):903-913. doi:10.1093/inthealth/ihaf060
9. Roomaney R, Salie M, Jenkins D, et al. A scoping review of the psychosocial aspects of infertility in African countries. Reprod Health. 2024;21(1):123. doi:10.1186/s12978-024-01858-2
10. Archetti C. Infertility as Trauma: Understanding the Lived Experience of Involuntary Childlessness. Cult Med Psychiatry. 2024;48(4):940-960. doi:10.1007/s11013-024-09871-7
11. Sánchez SI, Jones HR, Bogen KW, Lorenz TK. Barriers experienced by emerging adults in discussing their sexuality with parents and health care providers: A mixed-method study. American Journal of Orthopsychiatry. 2023;93(4):335-349. doi:10.1037/ort0000677
12. Okpalaku CJ, Ogubuike C. Exploring barriers to parent-adolescent sexual-risk communication among adolescents in Port Harcourt Nigeria: Adolescents' and parents' perspective. PLOS Global Public Health. 2025;5(1):e0003148. doi:10.1371/journal.pgph.0003148
13. Division de la population du DAES (ONU). World Population Prospects 2024 Online Edition. Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population ; 2024.
14. Nations Unies. Le potentiel des jeunes, clé du développement durable de l'Afrique. <https://www.un.org/ohrrls/news/young-people%E2%80%99s-potential-key-africa%E2%80%99s-sustainable-development>
15. Amanu A, Birhanu Z, Godesso A. Sexual and reproductive health literacy among young people in Sub-Saharan Africa: evidence synthesis and implications. Global health action. 2023;16(1):2279841.
16. Torres-Cortés B, Leiva L, Canenguez K, Olhaberry M, Méndez E. Shared Components of Worldwide Successful Sexuality Education Interventions for Adolescents: A Systematic Review of Randomized Trials. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023;20(5):4170. doi:10.3390/ijerph20054170
17. Rodríguez-García A, Botello-Hermosa A, Borrillo-Riego Á, Guerra-Martín MD. Efficacité de l'éducation complète à la sexualité pour réduire les comportements sexuels à risque chez les adolescents : une revue systématique. Sexes. 2025;6(1):6. doi:10.3390/sexes6010006
18. Tazinya RMA, Hajjar JM, Yaya S. Renforcement des programmes intégrés de services relatifs à la santé et aux droits sexuels et reproductifs et au VIH pour atteindre les objectifs de développement durable 3 et 5 en Afrique. Reprod Health. 2022;19(1):223. doi:10.1186/s12978-022-01535-2.

Soins obstétricaux et néonataux d'urgence: une mesure prioritaire pour obtenir une baisse rapide de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique subsaharienne

DOI: 10.29063/ajrh2026/v30i15.1

Friday Okonofua^{1,2*} et Lorretta Favour Chizomam Ntoimo^{3,4}

Editor in Chief, African Journal of Reproductive Health¹; Emeritus Professor of Obstetrics and Gynaecology, University of Benin, Nigeria²; Editor, African Journal of Reproductive Health, Nigeria³; Department of Demography and Social Statistics, Faculty of Social Sciences, Federal University Oye-Ekiti, Nigeria⁴

*Pour toute correspondance: Courriel : feokonofua@yahoo.co.uk

Depuis plus de trente ans, l'Afrique subsaharienne investit massivement dans les cinq piliers de la maternité sans risque définis par l'OMS.^{1,2} Les gouvernements, les partenaires au développement, les associations professionnelles et les organisations de la société civile ont encouragé la planification familiale, renforcé les soins prénatals, généralisé le recours à du personnel qualifié pour l'accouchement, amélioré les soins postnatals et, lorsque la loi le permettait, plaidé en faveur de services d'avortement sécurisés. Ces interventions ont indéniablement contribué à améliorer la santé des mères et des nouveau-nés et ont sauvé d'innombrables vies. Pourtant, la région continue de concentrer environ 70 % des décès maternels dans le monde.³ La persistance de ce fardeau inacceptable soulève une question importante : pourquoi ces investissements ne se sont-ils pas traduits par la réduction spectaculaire de la mortalité maternelle que beaucoup avaient escomptée ?

La réponse réside peut-être dans une réalité fondamentale, mais souvent négligée : la grossesse est par nature imprévisible. Même chez les femmes bénéficiant d'excellents soins prénatals, respectant tous les rendez-vous médicaux et suivies par du personnel qualifié lors de l'accouchement, des complications obstétricales potentiellement mortelles peuvent survenir soudainement et sans signe avant-coureur. Hémorragies, éclampsie, dystocie (accouchement difficile), septicémie, rupture utérine, complications liées à l'avortement et asphyxie néonatale sévère surviennent fréquemment chez des femmes dont la grossesse était initialement considérée comme étant à faible risque. Lorsque ces urgences éclatent, les interventions préventives ont déjà atteint leurs limites. À ce moment critique, les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) deviennent la seule intervention capable de prévenir le décès.

Cette réalité mérite une meilleure prise en compte dans les politiques de santé maternelle. Les soins

obstétricaux et néonataux d'urgence ne constituent pas simplement un élément supplémentaire de la maternité sans risque. Ils représentent le dernier filet de sécurité lorsque toutes les interventions précédentes ont échoué ou se sont révélées insuffisantes. Ils constituent l'ultime rempart entre la vie et la mort.

La maternité sans risque doit à juste titre continuer de privilégier la prévention : la planification familiale réduit les grossesses non désirées et évite aux femmes de s'exposer à des risques obstétricaux inutiles.⁴ Des soins prénatals de qualité permettent d'identifier les affections médicales préexistantes et de détecter les complications avant qu'elles ne s'aggravent.⁵ L'assistance qualifiée à l'accouchement augmente la probabilité d'un diagnostic précoce.⁶ Les soins postnatals préviennent les complications après l'accouchement, tandis que l'accès à l'avortement sécurisé réduit la mortalité liée aux avortements non médicalisés.^{4,8} Ensemble, ces interventions constituent le fondement de la santé maternelle et néonatale.

Cependant, aucune de ces interventions ne peut éliminer les urgences obstétricales. Aucun système de santé ne peut prédire avec exactitude quelles femmes développeront une hémorragie du post-partum, une prééclampsie sévère, une embolie amniotique, un décollement placentaire, un travail dystocique ou une dépression respiratoire néonatale. Des complications surviennent même chez des femmes sans facteurs de risque identifiables. Ceci explique pourquoi le dépistage des risques pendant la grossesse a démontré à maintes reprises une efficacité limitée pour identifier toutes les femmes qui nécessiteront des interventions d'urgence.^{9,10} Toute femme enceinte doit donc être considérée comme potentiellement à risque.

L'histoire de la réduction de la mortalité maternelle conforte cet argument. Les pays ayant enregistré les baisses les plus spectaculaires de la mortalité maternelle ne se sont pas contentés de recourir

aux services de prévention. Ils ont simultanément mis en place des systèmes de santé capables de fournir des soins obstétricaux d'urgence rapides, complets et de haute qualité. L'introduction de césariennes pratiquées en temps opportun, de services de transfusion sanguine, d'une prise en charge efficace des hémorragies obstétricales, de l'administration de sulfate de magnésium en cas d'éclampsie, du traitement rapide de la septicémie, de l'accouchement vaginal instrumenté lorsque cela était possible, de la réanimation néonatale et des soins intensifs néonataux a transformé la survie maternelle en Europe, en Amérique du Nord et dans de nombreux autres pays à revenu intermédiaire. Ces mêmes interventions demeurent indispensables en Afrique subsaharienne aujourd'hui.

Malheureusement, l'accès à des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) de qualité reste largement insuffisant dans une grande partie de l'Afrique subsaharienne. Les données récentes dont nous disposons, ainsi que celles d'autres sources^{11,13}, indiquent qu'une grande partie des populations rurales vit à plusieurs heures de distance d'établissements capables de prodiguer des soins obstétricaux d'urgence complets. De nombreux hôpitaux de district sont dépourvus de blocs opératoires fonctionnels, d'électricité fiable, de médicaments essentiels, de banques de sang, de services de laboratoire ou de personnel dûment formé. Les services d'ambulance sont souvent indisponibles ou inabordables. Les systèmes de référence restent fragmentés, entraînant des retards inutiles à plusieurs niveaux de soins. Ces lacunes continuent de contribuer à des décès maternels et néonataux évitables. Le modèle bien connu des « trois retards » demeure tout à fait pertinent. Les femmes subissent fréquemment des retards dans la reconnaissance des signes de danger, dans la décision de recourir aux soins, dans l'accès aux établissements de santé et dans l'obtention d'un traitement approprié une fois sur place. Même lorsque les femmes parviennent à atteindre l'hôpital, les pénuries de personnel qualifié, de produits sanguins, de matériel chirurgical et de médicaments essentiels peuvent retarder des interventions vitales. Pour les femmes souffrant d'une hémorragie du post-partum sévère ou d'un travail obstrué, un retard d'une heure seulement peut déterminer leur survie.

Les données démontrent systématiquement que la disponibilité de soins obstétricaux d'urgence de haute qualité entraîne une réduction immédiate de la mortalité maternelle. Contrairement à de nombreuses interventions préventives dont les effets s'accumulent progressivement au fil du temps, des soins d'urgence prodigués en temps opportun interrompent directement le processus menant au décès maternel.

Une femme victime d'une hémorragie sévère qui reçoit rapidement une transfusion sanguine et une prise en charge chirurgicale survit. Une femme atteinte d'éclampsie qui reçoit du sulfate de magnésium et accouche rapidement survit. Une femme dont le travail est obstrué et qui subit une césarienne rapide survit. Un nouveau-né qui bénéficie d'une réanimation efficace survit. Les bénéfices sont immédiats, mesurables et considérables.

Cela ne diminue en rien l'importance des interventions préventives. Au contraire, cela souligne la nécessité de reconnaître la complémentarité des éléments constituant le continuum de la maternité sans risque. La prévention réduit l'incidence des complications. Les soins d'urgence empêchent ces complications d'être fatales. L'une ne peut remplacer l'autre. Néanmoins, dans les contextes où la mortalité maternelle reste extrêmement élevée, le renforcement des soins obstétricaux et néonataux d'urgence offre peut-être la meilleure opportunité de réduire rapidement et considérablement le nombre de décès maternels.

Il est donc temps pour les pays d'Afrique subsaharienne de replacer les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) au cœur des politiques de santé maternelle. Cela implique de dépasser le simple décompte des établissements désignés comme prestataires de ces soins pour s'assurer qu'ils fonctionnent réellement vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept. C'est la fonctionnalité — et non la simple désignation — qui doit devenir le principal indicateur de réussite.

L'amélioration de l'accès à des SONU de qualité exige des investissements soutenus dans les systèmes de santé. Chaque district devrait disposer d'au moins un établissement pleinement fonctionnel assurant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets, capable de pratiquer des césariennes, d'administrer une anesthésie sûre, de réaliser des transfusions sanguines, de prendre en charge les complications obstétricales sévères et de soigner les nouveau-nés malades. Des soins obstétricaux d'urgence de base doivent être disponibles dans des établissements de soins primaires stratégiquement situés, capables d'administrer des antibiotiques, des ocytociques et des anticonvulsivants par voie parentérale, de pratiquer des accouchements assistés par voie basse lorsque cela est indiqué, d'évacuer les débris ovulaires, d'extraire manuellement le placenta en cas de rétention et d'assurer la réanimation du nouveau-né.

L'investissement dans le personnel de santé est tout aussi crucial. La formation continue fondée sur les compétences, la supervision formative, les exercices de simulation, les simulations d'urgence pluridisciplinaires et les audits cliniques réguliers

doivent devenir la norme. Les systèmes de surveillance et de réponse aux décès maternels doivent évoluer : il ne s'agit plus seulement de documenter les décès, mais de stimuler une amélioration continue de la qualité. Chaque décès maternel évitable doit susciter un apprentissage institutionnel et des mesures correctives, plutôt qu'un simple rapport administratif.

Des systèmes de référence fiables sont également indispensables. Des services d'ambulance fonctionnels, des réseaux de communication efficaces, des maisons d'attente pour les femmes vivant dans des zones isolées et des mécanismes de protection financière éliminant les dépenses directes excessives peuvent réduire considérablement les délais d'accès aux soins vitaux. Parallèlement, les systèmes de don de sang doivent être renforcés grâce à la mobilisation communautaire, à l'amélioration des infrastructures de banques de sang et à des réseaux de distribution efficaces.

La qualité doit rester le principe directeur. Des soins obstétricaux d'urgence inaccessibles, tardifs, peu sûrs ou irrespectueux ne peuvent atteindre l'objectif visé. Les femmes ont droit à des services rapides, fondés sur des données probantes, empreints de compassion et dispensés dans le respect de leur dignité. Des soins respectueux doivent accompagner toute intervention d'urgence, garantissant que la survie ne se fasse pas au détriment des droits ou du vécu des femmes.

Alors que l'Afrique subsaharienne s'efforce d'atteindre l'objectif de développement durable visant à ramener la mortalité maternelle à moins de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes, des choix difficiles concernant l'allocation des ressources continueront de se poser. La prévention doit demeurer la pierre angulaire des programmes de santé maternelle. Toutefois, les décideurs doivent reconnaître une vérité indéniable : lorsque la planification familiale n'a pas permis d'éviter une grossesse, lorsque les soins prénatals n'ont pas permis de prévoir des complications, lorsque le personnel qualifié présent à l'accouchement a été submergé par des urgences soudaines, lorsque des services d'avortement sécurisé sont indisponibles ou inaccessibles et que des complications postnatales surviennent de manière inattendue, les soins obstétricaux et néonataux d'urgence constituent l'ultime recours pour sauver la vie des mères et de leurs bébés.

Il ne s'agit pas là d'un argument contre la prévention, mais d'un appel au réalisme. Dans le contexte actuel de l'Afrique subsaharienne, où les systèmes de santé restent fragiles et la mortalité maternelle inacceptablement élevée, aucune intervention n'offre une meilleure opportunité de réduire rapidement le nombre de décès maternels que l'accès universel à des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, dispensés en

temps utile et de haute qualité. C'est l'intervention qui fait rempart entre la complication et la catastrophe, entre l'espoir et le désespoir, et, en fin de compte, entre la vie et la mort.

Si l'Afrique subsaharienne est réellement déterminée à mettre fin à la mortalité maternelle évitable, les soins obstétricaux et néonataux d'urgence ne doivent plus être considérés comme un simple pilier de la maternité sans risque. Ils doivent être reconnus, érigés en priorité et financés comme une bouée de sauvetage indispensable, offrant à toute femme confrontée à des complications obstétricales ses meilleures chances de survie.

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

1. Nations Unies. Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5–13 septembre 1994. New York : Nations Unies ; 1995.
2. Organisation mondiale de la Santé. Santé et droits sexuels et reproductifs. 2026. Consulté le 4 mars 2026. <https://www.who.int/health-topics/sexual-and-reproductive-health-and-rights>
3. Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Fiche d'information sur la santé sexuelle et reproductive dans la Région africaine de l'OMS. Organisation mondiale de la Santé ; 2020. <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2020-06/Sexual%20and%20reproductive%20health-%20Fact%20sheet%2028-05-2020.pdf>
4. Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. La santé sexuelle et reproductive dans la Région africaine en 2024 : une synthèse. 2025. https://files.aho.afro.who.int/afahobckpcontainer/producton/files/Sexual_and_Reproductive_Health_Analytical_Brief_2025.pdf
5. El Ansari W, El-Ansari K, Arafa M. Briser le silence – revue systématique des fondements socioculturels de la santé sexuelle et reproductive des hommes au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (MENA) : quelques tabous ? Arab Journal of Urology. 2025;23(1):16-32. doi:10.1080/20905998.2024.2387511
6. Sidamo NB, Kerbo AA, Gidebo KD, Wado YD. Analyse socio-écologique des obstacles à l'accès et à l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents en Afrique subsaharienne : une revue systématique qualitative. Open Access Journal of Contraception. 2023;14(null):103-118. doi:10.2147/OAJC.S411924
7. Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA). Rapport sur l'état de la population mondiale 2025. New York : UNFPA.
8. Ekpor E, Brobbey SS, Kumah CY, Akyirem S. Experience of infertility-related stigma in Africa: a systematic review and mixed methods meta-synthesis. Int Health. 2025;17(6):903-913. doi:10.1093/inthealth/ihaf060
9. Roomaney R, Salie M, Jenkins D, et al. A scoping review of the psychosocial aspects of infertility in African countries. Reprod Health. 2024;21(1):123. doi:10.1186/s12978-024-01858-2
10. Archetti C. L'infertilité comme traumatisme : comprendre le vécu de l'absence involontaire d'enfant. Cult Med Psychiatry. 2024;48(4):940-960. doi:10.1007/s11013-024-09871-7

11. Sánchez SI, Jones HR, Bogen KW, Lorenz TK. Obstacles rencontrés par les jeunes adultes pour aborder leur sexualité avec leurs parents et les professionnels de santé : une étude à méthodes mixtes. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2023;93(4):335-349. doi:10.1037/ort0000677
12. Okpalaku CJ, Ogubuike C. Exploration des obstacles à la communication entre parents et adolescents sur les risques sexuels à Port Harcourt, au Nigeria : points de vue des adolescents et des parents. *PLOS Global Public Health*. 2025;5(1):e0003148. doi:10.1371/journal.pgph.0003148
13. Division de la population du DAES de l'ONU. Perspectives de la population mondiale 2024, édition en ligne. Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population ; 2024.
14. Nations Unies. Le potentiel des jeunes, clé du développement durable de l'Afrique. <https://www.un.org/ohrrls/news/young-people%E2%80%99s-potential-key-africa%E2%80%99s-sustainable-development>
15. Amanu A, Birhanu Z, Godesso A. Sexual and reproductive health literacy among young people in Sub-Saharan Africa: evidence synthesis and implications. *Global health action*. 2023;16(1):2279841.
16. Torres-Cortés B, Leiva L, Canenguez K, Olhaberry M, Méndez E. Shared Components of Worldwide Successful Sexuality Education Interventions for Adolescents: A Systematic Review of Randomized Trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(5):4170. doi:10.3390/ijerph20054170
17. Rodríguez-García A, Botello-Hermosa A, Borrillo-Riego Á, Guerra-Martín MD. Effectiveness of Comprehensive Sexuality Education to Reduce Risk Sexual Behaviours Among Adolescents: A Systematic Review. *Sexes*. 2025;6(1):6. doi:10.3390/sexes6010006
18. Tazinya RMA, Hajjar JM, Yaya S. Strengthening integrated sexual reproductive health and rights and HIV services programs to achieve sustainable development goals 3 and 5 in Africa. *Reprod Health*. 2022;19(1):223. doi:10.1186/s12978-022-01535-2.