

## EDITORIAL

# Ending maternal deaths in Africa: An agenda for the African Academy of Sciences

DOI: 10.29063/ajrh2026/v30i18.1

*Friday Okonofua<sup>1,2\*</sup>, Lorretta Favour Chizomam Ntoimo<sup>3,4</sup> and Lindsay Edouar<sup>5,6</sup>*

Editor-in-Chief, African Journal of Reproductive Health<sup>1</sup> ; Emeritus Professor of Obstetrics and Gynaecology, University of Benin, Nigeria<sup>2</sup> ; Editor, African Journal of Reproductive Health, Nigeria<sup>3</sup> ; Department of Demography and Social Statistics, Faculty of Social Sciences, Federal University Oye-Ekiti, Nigeria<sup>4</sup>; Editor ,African Journal of Reproductive Health<sup>5</sup>; Port Louis Mauritius<sup>6</sup>

**\*For Correspondence:** Email: [feokonofua@yahoo.co.uk](mailto:feokonofua@yahoo.co.uk)

Maternal death remains one of Africa's most painful and unacceptable public health failures. In an era in which African countries are producing world-class scientists, developing sophisticated health technologies and embracing artificial intelligence and digital transformation, no woman should die simply because she became pregnant or gave birth. Yet maternal mortality remains disproportionately concentrated in Africa, where many women continue to die from causes that are largely preventable, treatable and increasingly predictable. In 2023, the African region contributed 72.2% of all maternal deaths worldwide.<sup>1</sup>

As the leading science academy in Africa, we strongly believe that the African Academy of Sciences (AAS), through its community of scientific experts, must accept greater responsibility for changing this reality. The question before us is no longer whether we know enough to prevent maternal deaths because we do. The question is whether we are sufficiently organised, sufficiently ambitious, and sufficiently committed to translating what we know into action.

In the coming years, we believe the AAS should place maternal health and the prevention of maternal mortality at the centre of Africa's science-for-development agenda. For decades, African researchers have generated important evidence on maternal mortality. We now know the major causes of maternal death: haemorrhage, hypertensive disorders of pregnancy, sepsis, complications of unsafe abortion, obstructed labour and other direct obstetric complications.<sup>2,3</sup>

We also know that indirect causes, including malaria, anaemia, HIV, tuberculosis, sickle-cell disease and other conditions contribute substantially to maternal deaths. We also know many of the barriers and solutions<sup>4</sup>. We know that skilled and competent birth attendants save lives. We know that timely access to emergency obstetric care is critical<sup>5</sup>. We know that blood

transfusion services, magnesium sulphate for severe pre-eclampsia and eclampsia, uterotonics for postpartum haemorrhage, antibiotics, antenatal corticosteroids where indicated, safe abortion and post-abortion care, and effective referral systems can prevent women from dying. We also know that the determinants of maternal mortality extend far beyond the hospital. Poverty, poor roads, distance to health facilities, gender inequality, harmful cultural practices that target women, adolescent pregnancy, child marriage, low educational attainment, inadequate nutrition, weak health systems and the inability of women to make autonomous decisions about their health all influence whether a woman survives pregnancy and childbirth.<sup>6,7</sup>

The challenge, therefore, is not simply a knowledge deficit. It is a translation deficit: the failure to consistently transform scientific knowledge into policies, programmes, technologies and health-system practices that reach every woman, particularly those who are poorest and most geographically isolated.

This is where the African Academy of Sciences must play a much stronger role. The AAS is uniquely positioned to bring together Africa's leading scientists, national academies, universities, governments, development partners, private-sector innovators, and civil society. It can use this convening power to make maternal health a continental scientific and policy priority.

We anticipate that in the not too distant future, the Academy would establish a continental maternal health science and innovation agenda. This would help identify the most important unanswered questions and the most urgent implementation challenges responsible for preventable maternal deaths. Research funding should increasingly favour questions that can lead to measurable reductions in maternal morbidity and mortality. We need more implementation research that tells us not merely whether an intervention works, but

how to deliver it effectively, affordably, and at scale in African health systems.

The AAS should be able to coordinate research that is African-led, multidisciplinary, and responsive to African realities. Maternal health research should bring together an expert team of obstetricians, midwives, nurses, epidemiologists, public-health specialists, health economists, social scientists, data scientists, engineers, behavioural scientists, and women themselves within the context of communities. The AAS should use its multidisciplinary scientific fellowship and institutional networks to create or support an *African Maternal Health Research and Innovation Network*.

Such a network could connect centres of excellence across all regions of the continent and facilitate multi-country research, shared datasets, methodological innovation, mentorship, and rapid dissemination of evidence.

Africa should not have to repeatedly rediscover solutions that have already been demonstrated elsewhere on the continent. There is no reason why a successful intervention in Ghana should not be rapidly tested for adaptation in Nigeria. Evidence from Ethiopia should inform programmes in Tanzania; innovations from Rwanda should be considered in Senegal; and lessons from South Africa should inform policy in other countries.

***The Academy can become the bridge that allows African scientific knowledge relating to maternal health to travel rapidly across African borders.***

The AAS can become a powerful advocate for African innovation in maternal health. Africa needs affordable technologies designed for African conditions, not simply imported technologies that are often too expensive, difficult to maintain, or poorly adapted to local health systems.

We should support innovation in portable ultrasound, maternal and fetal monitoring, point-of-care diagnostics, blood and blood-product availability, obstetric emergency equipment, heat-stable medicines, telemedicine, and digital referral systems<sup>8</sup>. Artificial intelligence offers additional opportunities.<sup>9,10</sup> Predictive algorithms could help identify women at high risk of pre-eclampsia, postpartum haemorrhage, preterm birth and other complications. Digital platforms could improve referral, clinical decision-making and continuity of care. Remote consultation could connect rural health workers with specialists. But technology must not become an end in itself. The test of innovation should always be simple: Does it save women's lives, is it affordable, can health workers use it, and can it be

sustained at scale? One of the most important contributions that the AAS can make is to elevate implementation science within maternal health. Africa has accumulated decades of evidence about effective maternal-health interventions. Yet implementation remains uneven. The Academy should support studies that examine the entire pathway from evidence to impact: What works? For whom? Where? At what cost? Under what health-system conditions? And how can it be scaled sustainably?

This approach requires stronger partnerships between academic researchers and ministries of health. Researchers should work with policymakers and health workers from the beginning rather than producing evidence that sits in academic journals without reaching the delivery room.

The Academy should encourage a new compact between science and policy in which researchers become active partners in solving national health problems. But maternal mortality cannot be reduced by hospitals alone. Women and communities must be central to the scientific and policy conversation.

The AAS should promote research on the social determinants of maternal health, including poverty, transportation, gender norms, violence against women, adolescent pregnancy, child marriage, harmful cultural practices, reproductive autonomy and health-seeking behaviour. Community health workers, traditional and religious leaders, women's organisations and civil-society groups should be involved in designing interventions.

We must also listen to women who survive life-threatening pregnancy complications. Maternal near-miss survivors are an extraordinary but underused source of knowledge. Their experiences can reveal failures in referral systems, communication, transportation, clinical care and respectful maternity services that routine statistics may fail to capture.

Access to healthcare is not enough. A woman who reaches a health facility must receive quality, timely and respectful care<sup>11,12</sup>. The AAS should therefore support scientific work on quality improvement in maternity services. This should include clinical audit, maternal death surveillance and response, near-miss reviews, respectful maternity care, infection prevention, emergency preparedness, blood availability, referral systems and the competence of health professionals. Maternal death reviews must move beyond assigning blame. Their purpose should be to identify system failures and prevent the next death. Every maternal death should be treated as both a tragedy and a scientific signal, a warning that something in the health system failed.

### ***The AAS must also push investment in African scientists and the health workforce.***

Africa cannot solve its maternal mortality crisis without investing in the people who will generate and apply the solutions.

The AAS should therefore advocate for fellowships, career-development programmes, research grants, exchange programmes, study tours, and development of networks for African scientists working in maternal and reproductive health.

Particular attention should be given to young African researchers and women scientists. We need to build a new generation of African maternal-health scientists who are able to lead large multicountry studies, compete successfully for international funding, influence policy, and develop innovative solutions. Success with maternal health should naturally lead to an extension of activities to other related components of reproductive health, especially family planning.

Research leadership must increasingly reside in Africa. Stronger links between science and government must be created. Scientific evidence is most valuable when it informs decision-making and policy formation. The AAS should establish stronger mechanisms for translating evidence into policy briefs, technical recommendations, parliamentary engagement, and high-level dialogue with heads of state and ministers. National academies should be encouraged to serve as trusted scientific advisers to their governments on maternal health. The AAS can convene meetings of African ministers of health, scientists, professional associations, and development partners around a common question: What will it take to eliminate preventable maternal deaths in Africa, and what should each of us do differently now?

This conversation should result in measurable commitments, not merely declarations.

### ***The role of donors and development partners***

The international development community has an important role to play, but a new model of external support must evolve. Donors and development partners should please invest not only in individual maternal-health projects but also in Africa's scientific institutions and research infrastructure.

### ***In this regard, we urge donors to support the AAS in at least seven critical areas:***

1. Fund African-led research: More resources should be channelled directly to African institutions and African principal investigators, with longer funding horizons that

allow researchers to build durable programmes rather than short-lived projects.

2. Support multicountry implementation research: Africa needs evidence about how proven interventions can be delivered at scale across different health-system and sociocultural contexts in the continent.

3. Invest in maternal-health innovation: Funding should support African innovators developing affordable diagnostics, digital tools, medicines, devices, and service-delivery models.

4. Strengthen research capacity: Donors should support doctoral and postdoctoral training, research management, biostatistics, data science, laboratory capacity, and scientific leadership.

5. Invest in data systems: We cannot manage what we cannot measure. Support is needed for high-quality maternal death surveillance, civil registration and vital statistics, routine health information systems, and interoperable data platforms.

6. Support evidence-to-policy mechanisms: Funding should enable the AAS and national academies to translate research findings into policy and support governments in applying evidence.

7. Provide flexible and long-term institutional funding. Africa's scientific institutions need the stability to plan, recruit, retain talent, and build sustainable programmes. Short project cycles are poorly suited to problems as complex as maternal mortality.

Development partners should also move from a model in which African institutions are primarily recipients of externally designed programmes to one in which they are equal partners in defining priorities, designing interventions, and determining how success is measured.

### ***A call to action***

We believe the time has come to design an African Science Compact for Maternal Survival. The AAS would convene national academies, governments, universities, professional organisations, development partners, private-sector innovators, and civil society to develop such a compact. Its central principle should be straightforward: No woman should die from a preventable cause simply because she is African, poor, rural, young, or unable to access quality care. The compact should establish a small number of measurable priorities, identify the scientific and implementation gaps behind them, mobilise resources and track progress publicly.

Importantly, it should complement existing continental and global maternal-health commitments. The objective is to bring the distinctive power of science, evidence, and innovation to accelerate their achievement. Science must become an instrument of survival.

Africa has often been described as a continent of enormous challenges. But Africa is also a continent of enormous scientific talent, creativity, and resilience. The question is whether we will mobilise that talent with sufficient urgency.

Maternal mortality is not an inevitable consequence of being poor. Nor should it be accepted as an unavoidable feature of African health systems. Countries have demonstrated that rapid reductions are possible when political commitment, financing, evidence, and effective health-system interventions come together. The AAS must help create that convergence. Every maternal death represents a mother lost, a family changed forever, and a community deprived of a future. Behind every statistic is a human being whose death may have been prevented.

Africa's scientists must therefore move from the margins of the maternal-health agenda to its centre. Governments must act on the evidence. Donors must invest in African leadership and institutions. Development partners must support locally led solutions. Universities must train the next generation. Innovators must develop technologies that work for African women. And communities must have a voice in determining the care they receive.

The African Academy of Sciences must stand ready to help bring these forces together. They have the knowledge, the scientists, the institutions, and the technology. What we need now is the collective will to act. Let us make the death of a woman from a preventable cause during pregnancy or childbirth not a statistic we mourn, but a failure we refuse to accept. Science must not merely explain Africa's maternal mortality crisis. Science must help to end it. The time for action is now.

### Conflict of interest

Friday Okonofua is a Fellow and the President of the African Academy of Sciences, while Lorretta Ntoimo is a Fellow of the Academy

## References

1. World Health Organization. Trends in Maternal Mortality Estimates 2000 to 2023: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. World Health Organization; 2025.
2. Muriithi FG, Ameh CA, Gakuo RW, et al. Variability in the Causes and Delay Factors Contributing to Maternal Mortality: Evidence From Maternal Death Surveillance Reports of 22 African Countries. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2026;133(1):106-115. doi:10.1111/1471-0528.18342
3. Ntoimo LF, Okonofua FE, Ogu RN, et al. Prevalence and risk factors for maternal mortality in referral hospitals in Nigeria: a multicenter study. *International Journal of Women's Health*. 2018;10:69-76. doi:10.2147/IJWH.S151784
4. Aliyu LD, Kadas AS, Mohammed A, et al. Impediments to maternal mortality reduction in Africa: a systemic and socioeconomic overview. *Journal of Perinatal Medicine*. 2023;51(2):202-207. doi:10.1515/jpm-2022-0052
5. Okonofua F, Ntoimo LFC. Emergency obstetric and newborn care: A priority measure to achieve rapid decline in maternal and newborn mortality in sub-Saharan Africa. *African Journal of Reproductive Health*. 2026;30(15):9-15.
6. Muriithi FG, Banke-Thomas A, Gakuo R, Pope K, Coomarasamy A, Gallos ID. Individual, health facility and wider health system factors contributing to maternal deaths in Africa: A scoping review. *PLOS Global Public Health*. 2022;2(7):e0000385. doi:10.1371/journal.pgph.0000385
7. Souza JP, Day LT, Rezende-Gomes AC, et al. A global analysis of the determinants of maternal health and transitions in maternal mortality. *The Lancet Global Health*. 2024;12(2):e306-e316. doi:10.1016/S2214-109X(23)00468-0
8. Okonofua F, Ntoimo LFC. Innovate, invest, commercialize: Advancing Africa's reproductive health. *African Journal of Reproductive Health*. 2026;30(16):9-12. doi:https://doi.org/10.29063/ajrh2026/v30i16.1
9. Ngepah N, Saba CS, Mouteyica AEN, Ohonba A. The impact of artificial intelligence (AI) on maternal mortality: evidence from global, developed and developing countries. *Global Health*. 2025;21(1):41. doi:10.1186/s12992-025-01135-2
10. Aifuobhokhan J, Ogunjinmi A, Agbarakwe CA, et al. AI-powered risk prediction models for preventable maternal mortality in rural settings: a systematic review. *BMC Med Inform Decis Mak*. Published online July 24, 2026. doi:10.1186/s12911-026-03716-6
11. Aikpitanyi J. Access alone is not enough: Rethinking maternal health in sub-Saharan Africa. *African Journal of Reproductive Health*. 2026;30(3).
12. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Social science & medicine*. 1994;38(8):1091-1110.

## ÉDITORIAL

# Mettre fin aux décès maternels en Afrique : un programme pour l'Académie africaine des sciences

DOI: 10.29063/ajrh2026/v30i18.1

Friday Okonofua<sup>1,2\*</sup>, Lorretta Favour Chizomam Ntoimo<sup>3,4</sup>, Lindsay Edouard<sup>5,6</sup>

Editor-in-Chief, African Journal of Reproductive Health<sup>1</sup> ; Emeritus Professor of Obstetrics and Gynaecology, University of Benin, Nigeria<sup>2</sup> ; Editor, African Journal of Reproductive Health, Nigeria<sup>3</sup> ; Department of Demography and Social Statistics, Faculty of Social Sciences, Federal University Oye-Ekiti, Nigeria<sup>4</sup>; Rédacteur en chef<sup>5</sup>, African Journal of Reproductive Health ; Port-Louis, Maurice<sup>6</sup>

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

La mortalité maternelle demeure l'un des échecs de santé publique les plus douloureux et inacceptables en Afrique. À une époque où les pays africains forment des scientifiques de classe mondiale, développent des technologies de santé de pointe et adoptent l'intelligence artificielle ainsi que la transformation numérique, aucune femme ne devrait mourir simplement parce qu'elle est enceinte ou qu'elle a accouché. Pourtant, la mortalité maternelle reste concentrée de manière disproportionnée en Afrique, où de nombreuses femmes continuent de mourir de causes largement évitables, traitables et de plus en plus prévisibles. En 2023, la région africaine a enregistré 72,2 % de l'ensemble des décès maternels dans le monde.<sup>1</sup>

En tant que principale académie des sciences d'Afrique, nous sommes fermement convaincus que l'Académie africaine des sciences (AAS), par l'intermédiaire de sa communauté d'experts scientifiques, doit assumer une plus grande responsabilité pour changer cette réalité. La question qui se pose à nous n'est plus de savoir si nous disposons de suffisamment de connaissances pour prévenir les décès maternels, car c'est le cas. La question est de savoir si nous sommes suffisamment organisés, ambitieux et déterminés pour traduire ces connaissances en actions concrètes.

Dans les années à venir, nous estimons que l'AAS devrait placer la santé maternelle et la prévention de la mortalité maternelle au cœur de l'agenda africain « la science au service du développement ». Depuis des décennies, les chercheurs africains ont produit des données probantes importantes sur la mortalité maternelle. Nous connaissons désormais les principales causes de décès maternel : les hémorragies, les troubles hypertensifs liés à la grossesse, la septicémie, les complications d'avortements à risque, le travail obstrué et d'autres complications obstétricales directes.<sup>2,3</sup>

Nous savons également que des causes indirectes — notamment le paludisme, l'anémie, le VIH,

la tuberculose, la drépanocytose et d'autres affections — contribuent de manière significative à la mortalité maternelle. Nous connaissons aussi bon nombre des obstacles et des solutions. Nous savons que la présence d'accoucheurs qualifiés et compétents sauve des vies. Nous savons qu'un accès rapide aux soins obstétricaux d'urgence est crucial. Nous savons que les services de transfusion sanguine, le sulfate de magnésium (pour la pré-éclampsie sévère et l'éclampsie), les utérotoniques (pour les hémorragies du post-partum), les antibiotiques, les corticoïdes anténataux (lorsqu'ils sont indiqués), l'avortement sécurisé et les soins post-avortement, ainsi que des systèmes d'orientation efficaces, peuvent empêcher le décès des femmes. Nous savons également que les déterminants de la mortalité maternelle vont bien au-delà du cadre hospitalier. La pauvreté, le mauvais état des routes, l'éloignement des établissements de santé, les inégalités entre les sexes, les pratiques culturelles néfastes ciblant les femmes, les grossesses à l'adolescence, le mariage des enfants, le faible niveau d'instruction, une nutrition inadéquate, la faiblesse des systèmes de santé et l'incapacité des femmes à prendre des décisions autonomes concernant leur santé influencent toutes la survie d'une femme lors de la grossesse et de l'accouchement.

Le défi ne réside donc pas simplement dans un manque de connaissances. Il s'agit d'un déficit de traduction : l'incapacité à transformer systématiquement les connaissances scientifiques en politiques, programmes, technologies et pratiques des systèmes de santé qui atteignent toutes les femmes, en particulier les plus pauvres et les plus isolées géographiquement.

C'est là que l'Académie africaine des sciences (AAS) doit jouer un rôle beaucoup plus important. L'AAS occupe une position unique pour rassembler les plus grands scientifiques africains, les académies nationales, les universités, les gouvernements, les partenaires au développement, les innovateurs du secteur privé et la société civile. Elle peut tirer parti de cette

capacité de rassemblement pour faire de la santé maternelle une priorité scientifique et politique à l'échelle du continent.

Nous espérons que, dans un avenir proche, l'Académie établira un programme continental de science et d'innovation en matière de santé maternelle. Cela permettrait d'identifier les questions sans réponse les plus importantes ainsi que les défis de mise en œuvre les plus urgents à l'origine des décès maternels évitables. Le financement de la recherche devrait privilégier davantage les questions susceptibles d'entraîner des réductions mesurables de la morbidité et de la mortalité maternelles. Nous avons besoin de davantage de recherches sur la mise en œuvre qui nous indiquent non seulement si une intervention fonctionne, mais aussi la manière de le déployer efficacement, à un coût abordable et à grande échelle au sein des systèmes de santé africains.

L'AAS devrait être en mesure de coordonner des recherches pilotées par des Africains, pluridisciplinaires et adaptées aux réalités du continent. La recherche sur la santé maternelle devrait réunir une équipe d'experts composée d'obstétriciens, de sages-femmes, d'infirmiers, d'épidémiologistes, de spécialistes de la santé publique, d'économistes de la santé, de spécialistes en sciences sociales et en science des données, d'ingénieurs, de spécialistes des sciences du comportement ainsi que des femmes elles-mêmes, au sein de leurs communautés. L'AAS devrait s'appuyer sur son réseau de membres scientifiques pluridisciplinaires et ses réseaux institutionnels pour créer ou soutenir un réseau africain de recherche et d'innovation en santé maternelle.

Un tel réseau pourrait relier des centres d'excellence dans toutes les régions du continent et faciliter la recherche multinationale, le partage de jeux de données, l'innovation méthodologique, le mentorat et la diffusion rapide des données probantes.

L'Afrique ne devrait pas avoir à redécouvrir sans cesse des solutions dont l'efficacité a déjà été démontrée ailleurs sur le continent. Rien ne justifie qu'une intervention réussie au Ghana ne soit pas rapidement testée en vue d'une adaptation au Nigeria. Les données probantes issues de l'Éthiopie devraient éclairer les programmes en Tanzanie ; les innovations du Rwanda devraient être envisagées au Sénégal ; et les enseignements tirés de l'expérience sud-africaine devraient orienter les politiques d'autres pays.

L'Académie peut servir de passerelle permettant aux connaissances scientifiques africaines en matière de santé maternelle de circuler rapidement au-delà des frontières du continent.

L'AAS peut devenir un puissant porte-parole de l'innovation africaine en santé maternelle. L'Afrique a

besoin de technologies abordables conçues pour les conditions locales, et non simplement de technologies importées, souvent trop coûteuses, difficiles à entretenir ou mal adaptées aux systèmes de santé locaux.

Nous devons soutenir l'innovation dans des domaines tels que l'échographie portable, la surveillance maternelle et fœtale, les diagnostics au point de service, la disponibilité du sang et des produits sanguins, les équipements pour les urgences obstétricales, les médicaments thermostables, la télémédecine et les systèmes numériques d'orientation des patients. L'intelligence artificielle offre également des opportunités supplémentaires. Des algorithmes prédictifs pourraient aider à identifier les femmes présentant un risque élevé de prééclampsie, d'hémorragie du post-partum, d'accouchement prématuré et d'autres complications. Des plateformes numériques pourraient améliorer l'orientation des patients, la prise de décision clinique et la continuité des soins. La téléconsultation permettrait de mettre en relation les agents de santé en zone rurale avec des spécialistes. Toutefois, la technologie ne doit pas devenir une fin en soi. Le critère d'évaluation d'une innovation doit toujours être simple : permet-elle de sauver la vie des femmes, est-elle abordable, les agents de santé peuvent-ils l'utiliser et peut-elle être maintenue à grande échelle ? L'une des contributions les plus importantes que l'AAS puisse apporter est de promouvoir la science de la mise en œuvre dans le domaine de la santé maternelle. L'Afrique a accumulé des décennies de données probantes sur des interventions efficaces en matière de santé maternelle. Pourtant, leur mise en œuvre reste inégale. L'Académie devrait soutenir des études examinant l'ensemble du parcours, des données probantes à l'impact : qu'est-ce qui fonctionne ? Pour qui ? Où ? À quel coût ? Dans quelles conditions du système de santé ? Et comment ces interventions peuvent-elles être déployées durablement à grande échelle ?

Cette approche nécessite un renforcement des partenariats entre les chercheurs universitaires et les ministères de la Santé. Les chercheurs doivent collaborer avec les décideurs politiques et les agents de santé dès le départ, plutôt que de produire des données qui restent confinées aux revues universitaires sans jamais atteindre les salles d'accouchement.

L'Académie devrait encourager un nouveau pacte entre science et politique, dans lequel les chercheurs deviennent des partenaires actifs dans la résolution des problèmes de santé nationaux. Toutefois, la mortalité maternelle ne peut être réduite par les seuls hôpitaux. Les femmes et les communautés doivent être au cœur du dialogue scientifique et politique.

L'AAS devrait promouvoir la recherche sur les déterminants sociaux de la santé maternelle, notamment

la pauvreté, les transports, les normes de genre, la violence faite aux femmes, les grossesses à l'adolescence, le mariage des enfants, les pratiques culturelles néfastes, l'autonomie en matière de reproduction et les comportements de recours aux soins. Les agents de santé communautaires, les chefs traditionnels et religieux, les organisations de femmes et les groupes de la société civile devraient être associés à la conception des interventions.

Nous devons également être à l'écoute des femmes qui ont survécu à des complications de grossesse mettant leur vie en danger. Ces survivantes de complications maternelles sévères (ou « quasi-décès » maternels) constituent une source de connaissances extraordinaire mais sous-utilisée. Leurs expériences peuvent révéler des défaillances dans les systèmes de référence, la communication, les transports, les soins cliniques et la qualité de l'accueil en maternité — autant d'éléments que les statistiques courantes ne permettent pas toujours de saisir.

L'accès aux soins de santé ne suffit pas. Une femme qui parvient dans un établissement de santé doit recevoir des soins de qualité, rapides et respectueux. L'AAS devrait donc soutenir des travaux scientifiques visant à améliorer la qualité des services de maternité. Ces travaux devraient porter sur l'audit clinique, la surveillance et la réponse face aux décès maternels, l'analyse des cas de quasi-décès, les soins respectueux en maternité, la prévention des infections, la préparation aux urgences, la disponibilité du sang, les systèmes de référence et la compétence des professionnels de santé. L'analyse des décès maternels doit dépasser la simple recherche de responsables. Elle doit viser à identifier les défaillances du système et à prévenir le prochain décès. Chaque décès maternel doit être considéré à la fois comme une tragédie et comme un signal scientifique, un avertissement indiquant qu'une faille est survenue dans le système de santé. L'AAS doit également encourager l'investissement dans les scientifiques africains et le personnel de santé.

L'Afrique ne peut résoudre sa crise de la mortalité maternelle sans investir dans les personnes qui concevront et mettront en œuvre les solutions.

L'AAS devrait donc promouvoir des bourses, des programmes de développement de carrière, des subventions de recherche, des programmes d'échange, des voyages d'étude et la création de réseaux pour les scientifiques africains travaillant dans le domaine de la santé maternelle et reproductive.

Une attention particulière doit être accordée aux jeunes chercheurs africains et aux femmes scientifiques. Nous devons former une nouvelle génération de scientifiques africains spécialisés dans la santé maternelle, capables de diriger des études

multinationales d'envergure, d'obtenir des financements internationaux, d'influencer les politiques et de développer des solutions innovantes. Les succès obtenus en matière de santé maternelle devraient naturellement conduire à étendre les activités à d'autres volets connexes de la santé reproductive, notamment la planification familiale.

Le leadership en matière de recherche doit de plus en plus s'ancrer en Afrique. Il convient de renforcer les liens entre la communauté scientifique et les pouvoirs publics. Les données scientifiques sont d'autant plus précieuses qu'elles éclairent la prise de décision et l'élaboration des politiques. L'AAS devrait mettre en place des mécanismes plus robustes pour traduire ces données en notes d'orientation, en recommandations techniques, en actions auprès des parlements et en dialogues de haut niveau avec les chefs d'État et les ministres. Les académies nationales devraient être encouragées à agir en tant que conseillers scientifiques de confiance auprès de leurs gouvernements sur les questions de santé maternelle. L'AAS peut réunir ministres africains de la santé, scientifiques, associations professionnelles et partenaires au développement autour d'une question commune : que faut-il pour éliminer les décès maternels évitables en Afrique et que devons-nous, chacun, faire différemment dès maintenant ?

Ces échanges doivent déboucher sur des engagements mesurables, et non sur de simples déclarations. Le rôle des bailleurs de fonds et des partenaires au développement

La communauté internationale du développement a un rôle important à jouer, mais un nouveau modèle de soutien extérieur doit voir le jour. Les bailleurs de fonds et les partenaires au développement sont invités à investir non seulement dans des projets spécifiques de santé maternelle, mais aussi dans les institutions scientifiques et les infrastructures de recherche de l'Afrique.

**À cet égard, nous exhortons les bailleurs de fonds à soutenir l'AAS dans au moins sept domaines clés :**

1. Financer la recherche pilotée par des Africains : davantage de ressources doivent être directement allouées aux institutions et aux chercheurs principaux africains, avec des horizons de financement plus longs permettant aux chercheurs de bâtir des programmes pérennes plutôt que des projets éphémères.
2. Soutenir la recherche sur la mise en œuvre à l'échelle de plusieurs pays. L'Afrique a besoin de données probantes sur la manière de déployer à grande échelle des interventions éprouvées, dans des contextes socioculturels et des systèmes de santé variés à travers le continent.

3. Investir dans l'innovation en matière de santé maternelle. Le financement doit soutenir les innovateurs africains qui développent des outils de diagnostic, des solutions numériques, des médicaments, des dispositifs médicaux et des modèles de prestation de services abordables.
4. Renforcer les capacités de recherche. Les bailleurs de fonds doivent soutenir la formation doctorale et postdoctorale, la gestion de la recherche, la biostatistique, la science des données, les capacités de laboratoire et le leadership scientifique.
5. Investir dans les systèmes de données. On ne peut pas gérer ce que l'on ne peut pas mesurer. Un soutien est nécessaire pour assurer une surveillance de qualité des décès maternels, l'enregistrement des faits d'état civil et les statistiques vitales, ainsi que pour mettre en place des systèmes d'information sanitaire courants et des plateformes de données interopérables.
6. Soutenir les mécanismes permettant de traduire les données probantes en politiques. Le financement doit permettre à l'AAS et aux académies nationales de transformer les résultats de la recherche en politiques publiques et d'aider les gouvernements à mettre en œuvre ces données probantes.
7. Fournir un financement institutionnel flexible et à long terme. Les institutions scientifiques africaines ont besoin de stabilité pour planifier, recruter et fidéliser les talents, ainsi que pour bâtir des programmes durables. Les cycles de projets courts sont mal adaptés à des problèmes aussi complexes que la mortalité maternelle. Les partenaires au développement doivent également passer d'un modèle où les institutions africaines sont principalement bénéficiaires de programmes conçus à l'extérieur, à un modèle où elles sont des partenaires à part entière dans la définition des priorités, la conception des interventions et la détermination des critères de mesure du succès.

### **Un appel à l'action**

Nous estimons que le moment est venu d'élaborer un « Pacte scientifique africain pour la survie maternelle ». L'AAS réunirait les académies nationales, les gouvernements, les universités, les organisations professionnelles, les partenaires au développement, les innovateurs du secteur privé et la société civile pour élaborer ce pacte. Son principe fondamental devrait être simple : aucune femme ne doit mourir d'une cause évitable simplement parce qu'elle est africaine, pauvre, qu'elle vit en zone rurale, qu'elle est jeune ou qu'elle n'a pas accès à des soins de qualité. Ce pacte devrait définir un nombre restreint de priorités mesurables, identifier les lacunes scientifiques et opérationnelles qui y sont liées, mobiliser des ressources et assurer un suivi public des

progrès accomplis. Il est crucial que cette initiative complète les engagements existants, tant à l'échelle continentale que mondiale, en matière de santé maternelle. L'objectif est de mettre à profit la puissance unique de la science, des données probantes et de l'innovation pour accélérer la concrétisation de ces engagements. La science doit devenir un instrument de survie.

L'Afrique est souvent décrite comme un continent confronté à des défis immenses. Mais c'est aussi un continent riche en talents scientifiques, en créativité et en résilience. La question est de savoir si nous saurons mobiliser ces talents avec l'urgence qui s'impose. La mortalité maternelle n'est pas une fatalité liée à la pauvreté. Elle ne doit pas non plus être acceptée comme une caractéristique inévitable des systèmes de santé africains. Certains pays ont prouvé qu'une réduction rapide est possible lorsque l'engagement politique, le financement, les données probantes et des interventions efficaces au sein du système de santé convergent. L'AAS doit contribuer à créer cette convergence. Chaque décès maternel représente une mère perdue, une famille bouleversée à jamais et une communauté privée d'avenir. Derrière chaque statistique se trouve un être humain dont le décès aurait pu être évité.

Les scientifiques africains doivent donc passer de la périphérie au cœur des priorités en matière de santé maternelle. Les gouvernements doivent agir en s'appuyant sur des données probantes. Les bailleurs de fonds doivent investir dans le leadership et les institutions africains. Les partenaires au développement doivent soutenir des solutions portées localement. Les universités doivent former la prochaine génération. Les innovateurs doivent concevoir des technologies adaptées aux femmes africaines. Enfin, les communautés doivent avoir leur mot à dire sur les soins qu'elles reçoivent.

L'Académie africaine des sciences doit se tenir prête à fédérer ces forces. Elle dispose des connaissances, des scientifiques, des institutions et de la technologie nécessaires. Ce qu'il nous faut désormais, c'est la volonté collective d'agir. Faisons en sorte que le décès d'une femme dû à une cause évitable pendant la grossesse ou l'accouchement ne soit pas une simple statistique que l'on déplore, mais un échec que l'on refuse d'accepter. La science ne doit pas se contenter d'expliquer la crise de la mortalité maternelle en Afrique elle doit contribuer à y mettre fin. L'heure est à l'action.

### **Conflit d'intérêt**

Friday Okonofua est membre et président de l'Académie africaine des sciences, tandis que Lorretta Ntoimo est membre de l'Académie.

## Références

1. Organisation mondiale de la Santé. Tendances des estimations de la mortalité maternelle de 2000 à 2023 : estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du Groupe de la Banque mondiale et de l'UNDESA/Division de la population. Organisation mondiale de la Santé ; 2025.
2. Muriithi FG, Ameh CA, Gakuo RW, et al. Variabilité des causes et des facteurs de retard contribuant à la mortalité maternelle : données issues des rapports de surveillance des décès maternels de 22 pays africains. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2026;133(1):106-115. doi:10.1111/1471-0528.18342
3. Ntoimo LF, Okonofua FE, Ogu RN, et al. Prévalence et facteurs de risque de mortalité maternelle dans les hôpitaux de référence au Nigeria : une étude multicentrique. *International Journal of Women's Health*. 2018;10:69-76. doi:10.2147/IJWH.S151784
4. Aliyu LD, Kadas AS, Mohammed A, et al. Obstacles à la réduction de la mortalité maternelle en Afrique : une vue d'ensemble systémique et socio-économique. *Journal of Perinatal Medicine*. 2023;51(2):202-207. doi:10.1515/jpm-2022-0052
5. Okonofua F, Ntoimo LFC. Soins obstétricaux et néonataux d'urgence : une mesure prioritaire pour parvenir à une baisse rapide de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique subsaharienne. *African Journal of Reproductive Health*. 2026;30(15):9-15.
6. Muriithi FG, Banke-Thomas A, Gakuo R, Pope K, Coomarasamy A, Gallos ID. Facteurs individuels, liés aux établissements de santé et au système de santé dans son ensemble contribuant aux décès maternels en Afrique : une revue exploratoire. *PLOS Global Public Health*. 2022;2(7):e0000385. doi:10.1371/journal.pgph.0000385
7. Souza JP, Day LT, Rezende-Gomes AC, et al. A global analysis of the determinants of maternal health and transitions in maternal mortality. *The Lancet Global Health*. 2024;12(2):e306-e316. doi:10.1016/S2214-109X(23)00468-0
8. Okonofua F, Ntoimo LFC. Innovate, invest, commercialize: Advancing Africa's reproductive health. *African Journal of Reproductive Health*. 2026;30(16):9-12. doi:https://doi.org/10.29063/ajrh2026/v30i16.1
9. Ngepah N, Saba CS, Mouteyica AEN, Ohonba A. The impact of artificial intelligence (AI) on maternal mortality: evidence from global, developed and developing countries. *Global Health*. 2025;21(1):41. doi:10.1186/s12992-025-01135-2
10. Aifuobhokhan J, Ogunjinmi A, Agbarakwe CA, et al. AI-powered risk prediction models for preventable maternal mortality in rural settings: a systematic review. *BMC Med Inform Decis Mak*. Publié en ligne le 24 juillet 2026. doi:10.1186/s12911-026-03716-6
11. Aikpitanyi J. Access alone is not enough: Rethinking maternal health in sub-Saharan Africa. *African Journal of Reproductive Health*. 2026;30(3). 12. Thaddeus S, Maine D. Trop loin pour s'y rendre à pied : la mortalité maternelle dans son contexte. *Social Science & Medicine*. 1994;38(8):1091-1110.