

EDITORIAL

Accelerating Africa's commitments to sexual and reproductive health policy implementation: A call to action

DOI: 10.29063/ajrh2026/v30i20.1

Lorretta Ntoimo^{1,2}, Emonime Odjesa³, Tosin Sayaonlu³, Judith Obaseki⁴ and Friday Okonofua^{3,5}*

Department of Demography and Social Statistics, Faculty of Social Sciences, Federal University Oye-Ekiti, Nigeria¹; Editor, African Journal of Reproductive Health, Nigeria²; Women Health and Action Research Centre, Nigeria³; African Journal of Reproductive Health⁴; Editor-in-Chief, African Journal of Reproductive Health⁵

***For Correspondence:** Email: ntoimo.lorretta@gmail.com; lorretta.ntoimo@fuoye.edu.ng

Africa does not lack commitments to sexual and reproductive health and rights (SRHR). What it lacks is consistent implementation at the scale required. Over several decades, African governments have endorsed continental frameworks, adopted national policies, and pledged to improve the health and rights of women, adolescents, and young people. Yet, millions still face preventable maternal deaths, unintended pregnancies, unsafe abortions, sexually transmitted infections and HIV, gender-based violence, and inadequate access to essential reproductive health services.

The central question is whether African governments are prepared to translate their commitments into measurable results. Policies do not save lives by themselves. Budgets, functioning health systems, competent health workers, accessible services, and political accountability do. As the continent approaches the final years of the 2030 development agenda, the gap between promise and performance demands urgent attention. Africa must move from declarations to delivery. Its demographic future, economic prosperity, and social stability depend on this transition.

Africa's commitments to reproductive health

African governments have made important commitments through continental and global agreements. These commitments provide a strong foundation for action. The 1994 International Conference on Population and Development (ICPD)¹ in Cairo marked a fundamental shift in population policy. It placed reproductive health and rights, individual choice, gender equality, and access to family planning at the centre of development. African countries subsequently endorsed the ICPD Programme of Action and committed themselves to integrating reproductive health into

national development strategies, and reaffirmed this commitment at the 25th commemoration of the ICPD in 2019 in Nairobi.²

In 2001, African Union (AU) Heads of State and Government adopted the Abuja Declaration.³ They pledged to allocate at least 15% of annual national budgets to improving the health sector. Although the declaration addressed health financing broadly, its implementation is fundamental to reproductive health. Maternal care, contraceptive services, emergency obstetric care, and reproductive health commodities cannot be sustained without adequate domestic financing.

The 2003 Maputo Protocol, formally known as the Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa, established important obligations concerning women's rights.⁴ Article 14 addresses health and reproductive rights. It covers access to reproductive health information and services, family planning, and the protection of women's reproductive autonomy. It also addresses access to medical abortion under specified circumstances. The Protocol therefore places reproductive health within the broader framework of human rights, dignity, and gender equality.

In 2005, African leaders endorsed the Maputo Plan of Action for the Operationalisation of the Continental Policy Framework on Sexual and Reproductive Health and Rights⁴. The revised Maputo Plan of Action 2016–2030 strengthened this agenda. It calls for universal access to comprehensive sexual and reproductive health services. Its priorities include family planning, maternal and newborn health, adolescent sexual and reproductive health, the prevention and management of sexually transmitted infections, and stronger health systems. It also emphasises integration, domestic resource mobilisation, and accountability.⁵

The Campaign on Accelerated Reduction of Maternal Mortality in Africa (CARMMA), launched in 2009 and re-strengthened in 2021 as CARMMA+ (2021-2030) by the African Union Commission with support from the UNFPA, reinforced the political commitment to prevent avoidable maternal deaths. Its central message was clear: maternal mortality must become a priority for governments, health institutions, and communities.^{6,7}

African governments also endorsed the Sustainable Development Goals (SDGs)⁸, particularly SDG 3 on health and SDG 5 on gender equality. Target 3.1 seeks to reduce the global maternal mortality ratio (MMR) to fewer than 70 deaths per 100,000 live births by 2030. Target 3.7 calls for universal access to sexual and reproductive health services, including family planning, information, and education. SDG 5 addresses harmful practices, gender-based discrimination, and the empowerment of women and girls.

Agenda 2063⁹, the AU's long-term development blueprint, provides an additional continental framework. Its vision of an integrated, prosperous, and peaceful Africa requires healthy populations and the full participation of women and young people. The Second Ten-Year Implementation Plan reinforces the need to accelerate development and improve the well-being of African citizens.¹⁰ These commitments are mutually reinforcing. They recognise that reproductive health is not an isolated clinical concern. It is connected to human rights, education, gender equality, poverty reduction, economic productivity, and sustainable development.

Assessing implementation: progress, but insufficient delivery

Africa has made measurable progress. This progress deserves recognition. However, it must not obscure the scale of the unfinished agenda. Maternal survival remains a major test of political commitment. The WHO African Region has reduced its maternal mortality ratio substantially since 2000. WHO reported a decline in MMR in the region from 727 per 100,000 live births in 2000 to 442 in 2023.¹¹ The proportion of births attended by skilled health personnel also increased, reaching approximately 74% in the Region in 2023, with considerable variations across countries.^{12,13}

These gains demonstrate that sustained investment and effective interventions can save lives. Yet they also expose the remaining deficit. Too many women still give birth without skilled assistance or timely access to emergency obstetric care. Haemorrhage, hypertensive disorders, sepsis, and complications of unsafe abortion remain important causes of preventable maternal death. National experiences offer both encouragement and caution. Cabo

Verde, Mauritius, and Seychelles have achieved major maternal and child survival milestones. South Africa and Zambia have also met the SDG maternal mortality threshold in the latest estimates reported by WHO in 2024. Such experiences show that progress is possible. They also underline the wide differences in performance across the continent.^{12,13}

Family planning services have expanded, but access remains unequal. Several countries have introduced national family planning strategies, expanded contraceptive choice, and integrated services into primary health care. Community health workers have helped bring services closer to underserved populations. Partnerships have supported contraceptive procurement, supply chains, and service delivery.

Nevertheless, millions of women and adolescent girls still cannot obtain their preferred modern contraceptive methods.¹⁴ Stock-outs, cost, distance, misinformation, restrictive social norms, and provider bias remain barriers.^{15,16} The proportion of women in sub-Saharan Africa whose need for family planning is satisfied with modern methods rose from 51.6% in 2015 to 57.4% in 2023. This is progress, but it leaves a substantial gap between current access and universal coverage.¹⁷

Adolescent reproductive health remains an urgent priority. African countries have adopted policies to address early pregnancy, child marriage, and barriers to adolescent health services. Some have expanded youth-friendly services and school-based health education. However, implementation varies considerably. Many adolescents still lack confidential, affordable, and non-judgmental services. Early marriage, sexual violence, school exclusion, and inadequate access to accurate information continue to undermine the health and opportunities of girls.

Sub-Saharan Africa recorded an adolescent birth rate of 92.9 births per 1,000 girls aged 15–19 in 2024.¹⁸ This was the highest regional rate globally. The figure illustrates the distance between commitments to adolescent well-being and the conditions experienced by many young people.

HIV prevention and reproductive health integration have recorded important gains. African countries have expanded HIV testing, prevention of vertical transmission, antiretroviral treatment, and services for pregnant women.¹⁹ These interventions have prevented infections and improved survival. However, coverage remains uneven. Adolescent girls and young women continue to face disproportionate risks in several settings. Integration of HIV services with contraception, antenatal care, and broader reproductive health services also remains incomplete. Women's reproductive rights have received stronger formal recognition. Ratification

of the Maputo Protocol and the adoption of national gender policies demonstrate progress. Yet ratification does not guarantee implementation. Legal restrictions, weak enforcement, inadequate funding, stigma, and discrimination can prevent women from exercising rights recognised in national and continental instruments. The gap is particularly evident where women and girls cannot obtain timely, respectful, and lawful reproductive health care.

Taken together, these examples reveal a consistent pattern. Africa has developed a substantial body of policy. Some countries have translated these policies into measurable improvements. Others remain far behind. The overall pace of progress is insufficient to meet several critical 2030 targets.

Persistent gaps and implementation challenges

The distance between policy and practice has several causes. They are structural, political, financial, and social.

First, domestic financing remains inadequate. The Abuja Declaration's pledge to allocate at least 15% of annual budget to the improvement of the health sector has not been consistently achieved across African countries. Even where allocations increase, the amounts released and spent may fall short of approved budgets. Reproductive health programmes frequently compete with other priorities. External assistance has helped sustain essential services, but dependence on unpredictable donor funding leaves countries vulnerable to changes in international priorities.

Second, health systems remain weak in many communities. Shortages of skilled midwives, nurses, doctors, and community health workers undermine access to quality care. Poorly equipped facilities, unreliable electricity and water, limited blood supplies, and weak referral systems can turn manageable complications into fatal emergencies. Rural populations and people affected by conflict often face the greatest barriers.

Third, policy fragmentation limits impact. Reproductive health is frequently divided among separate programmes for family planning, maternal health, HIV, adolescent health, and gender-based violence. These programmes may have different budgets, reporting systems, and institutional responsibilities. Such fragmentation wastes resources and places unnecessary burdens on patients. Integrated, person-centred services would improve continuity and efficiency.

Fourth, social and gender inequalities restrict access. Poverty, child marriage, gender-based violence, harmful gender norms, and unequal decision-making power affect reproductive choices. Women may be

unable to decide whether or when to become pregnant. Adolescents may face stigma when seeking contraception or information. Legal protections are of limited value when social conditions prevent people from exercising their rights.

Fifth, accountability remains weak. Governments often report policies adopted, strategies launched, and meetings held. These are administrative outputs, not proof of improved health. What matters is whether women can obtain contraception, whether facilities provide emergency obstetric care, whether maternal deaths decline, and whether adolescents can access appropriate services. Public reporting must focus on these results.

Finally, data gaps undermine planning. Incomplete civil registration, weak health information systems, and limited disaggregation by age, sex/gender, location, disability, and socioeconomic status conceal inequalities. Without reliable data, governments cannot accurately identify underserved populations or assess whether investments are working. Climate change, humanitarian emergencies, conflict, economic instability, and the rising cost of health commodities add further pressure. These challenges make implementation harder. They do not diminish the responsibility of governments to protect the health and rights of their populations.

Why Africa must meet its commitments

Reproductive health is central to Africa's development. It is not a peripheral social-sector concern. It is an investment in human capital, economic resilience, and the continent's future. Preventing maternal deaths protects families and communities from avoidable loss. Access to voluntary family planning enables women and couples to make informed decisions about childbearing. Comprehensive adolescent reproductive health services help young people avoid unintended pregnancies and remain in education. Effective prevention and treatment of sexually transmitted infections protect long-term health. Respectful maternity care strengthens trust in health systems.

The economic consequences are equally important. Women who are healthy can participate more fully in education, employment, research, entrepreneurship, and public life. Girls who avoid early and unintended pregnancy are better positioned to complete their education. Families that can plan their reproductive lives have greater opportunities to invest in children's health and development. These benefits extend across generations.

Africa's demographic trajectory makes the issue even more urgent. A large and growing young population can become a major development asset. But

this dividend is not automatic. It depends on investments in health, education, employment, and gender equality. Failure to meet reproductive health commitments will undermine these investments.

The continent must also reconsider its relationship with external assistance. International cooperation remains valuable. Africa should continue to engage development partners, multilateral institutions, philanthropic organisations, and research agencies. However, partnership must complement domestic responsibility, not replace it.

However, a continent cannot achieve health sovereignty while depending solely on external goodwill to finance essential services. Nor can it guarantee continuity when programmes are vulnerable to donor withdrawal or shifting geopolitical priorities. African governments must progressively mobilise domestic resources, strengthen regional production of essential medicines and contraceptives, support African research, and improve procurement systems.

Self-reliance does not mean isolation. It means entering partnerships from a position of responsibility and strength. Africa must be able to identify its priorities, finance its essential obligations, generate evidence, and sustain progress. External support, and more importantly, regional collaboration should accelerate this process. Agenda 2063 will remain an aspiration only unless its health commitments are reflected in national budgets, functioning facilities, accountable institutions, and measurable improvements in people's lives. The credibility of African leadership depends not simply on what governments promise, but on what citizens experience.

A call to action: accelerate implementation

African governments and the AU must now move decisively from commitment to implementation. The remaining years to 2030 and 2063 are critical. The following actions should receive urgent attention.

1. Make reproductive health a budgetary priority:

Governments should establish clear, costed plans for implementing the Maputo Plan of Action and related national strategies. They should progressively meet the Abuja health financing commitment, increase domestic allocations for reproductive health, and publish annual budget execution reports. Resources must reach frontline facilities, not remain on paper.

2. Strengthen primary health care and emergency obstetric services: Every woman should have access to antenatal care, skilled birth attendance, emergency referral, essential medicines, and respectful postnatal care. Governments must invest in midwifery education,

equitable deployment of health workers, blood services, and functional referral networks. Rural and conflict-affected communities require particular attention.

3. Guarantee access to voluntary family planning:

Countries should ensure a reliable supply of affordable contraceptives and a meaningful choice of methods. Services must respect informed consent and reproductive autonomy. Governments should eliminate avoidable administrative and provider barriers, strengthen counselling, and address persistent misinformation.

4. Put adolescents and young people at the centre of implementation:

National policies should translate into age-appropriate information, effective prevention of child marriage and sexual violence, and confidential, youth-responsive services consistent with national laws and human rights obligations. Young people should participate meaningfully in policy design, implementation, and evaluation.

5. Advance gender equality and women's reproductive rights:

Governments should implement the Maputo Protocol and applicable national laws. They should strengthen protection against gender-based violence, remove discriminatory practices, and ensure that reproductive health services are accessible without stigma or coercion. Commitments to women's rights must be visible in everyday clinical practice.

6. Build stronger African financing and production capacity:

Governments should reduce avoidable dependence on external financing. Regional cooperation should support the local manufacture and procurement of essential medicines, contraceptives, diagnostics, and other reproductive health commodities. African research institutions and manufacturers should be positioned as contributors to solutions, not merely recipients of assistance.

7. Establish transparent accountability mechanisms:

The AU Commission, Africa CDC, regional economic communities, national governments, professional associations, civil society, and research institutions should strengthen regular monitoring of implementation. Progress reports should measure service coverage, quality, equity, financing, and health outcomes. Maternal deaths should be reviewed systematically, with recommendations translated into action. Parliamentarians, journalists, professional bodies, and communities should be able to scrutinise progress.

8. Integrate reproductive health into Agenda 2063 and national development planning:

Reproductive health targets should be reflected in the Second Ten-Year Implementation Plan, national development plans, universal health coverage strategies, and annual budgets. Governments should establish measurable milestones,

identify responsible institutions, and report progress publicly. Continental commitments must become enforceable national priorities.

9. Invest in African evidence and innovation: Universities, research institutions, journals, and professional associations should help identify effective interventions and document implementation failures. African-led research should inform policy and service delivery. Governments should support the translation of evidence into practice and ensure that successful interventions can be scaled equitably.

10. Mobilise a broad African coalition for action: Political leaders cannot deliver this agenda alone. Health professionals, traditional and community leaders, women's organisations, young people, civil society, the private sector, and the media all have essential roles. The African Academy of Sciences and other scientific institutions should contribute evidence, innovation, and independent scrutiny. Reproductive health must become a shared continental priority.

Conclusion

Africa has articulated the principles, adopted the frameworks, and announced the targets. The remaining challenge is execution. The continent must resist the temptation to measure success by the number of declarations signed or strategies launched. Success must be measured by lives saved, rights protected, services delivered, and inequalities reduced. The AU should use its convening power to encourage peer review, share successful national experiences, and hold governments accountable for implementation. National leaders must demonstrate the political will to protect reproductive health budgets, reform weak systems, and confront social barriers. Development partners should support African priorities without weakening national ownership. Above all, African governments must recognise that reproductive health is both a human right and a development imperative. The cost of inaction is measured in preventable deaths, lost educational opportunities, avoidable suffering, and diminished economic potential.

The continent does not need another generation of promises. It needs a generation of implementation. Agenda 2063 will be judged not by the elegance of its vision, but by the difference it makes to the lives of African people. The message is simple: Africa must not wait for the world to deliver the reproductive health future it has already promised its own people..

Conflict of interest

None

References

1. United Nations Population Fund. *Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994*. 2004.
2. Butler J, Erken A, Hurskin I, et al. *Accelerating the Promise: Report on the Nairobi Summit on ICPD25*. United Nations Population Fund; 2019.
3. Organisation of African Unity (OAU). *Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis, and Other Infectious Diseases*. African Union; 2001. <https://au.int/sites/default/files/pages/32894-file-2001-abuja-declaration.pdf>
4. African Union. *Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Rights of Women in Africa (Maputo Protocol)*. African Union; 2003. <https://au.int/en/treaties/protocol-african-charter-human-and-peoples-rights-rights-women-africa>
5. The African Union Commission. *Maputo Plan of Action 2016-2030 for the Operationalisation of the Continental Policy Framework for Sexual and Reproductive Health and Rights*. Published online 2016. https://au.int/sites/default/files/documents/24099-poa_5-revised_clean.pdf
6. African Union Commission. *Campaign on Accelerated Reduction on Maternal Mortality in Africa (CARMMA)*. 2009. <https://au.int/en/sa/carmma>
7. African Union Commission. *CARMMA Plus (2021-2030)*. 2021. <https://carmmaplus.org/>
8. United Nations General Assembly. *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. 2015. <https://sdgs.un.org/2030agenda>
9. African Union. *Agenda 2063: The Africa We Want*. Published online 2015. <https://www.au.int/en/agenda2063>
10. African Union. *Agenda 2063: Decade of Accelerated Implementation Second Ten-Year Implementation Plan 2024 - 2033*. African Union; 2024. <https://au.int/en/newsevents/20240217/agenda-2063-launch-2nd-decade-acceleration>
11. 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.
12. WHO Regional Office for Africa. *Maternal Health*. 2024. <https://www.afro.who.int/health-topics/maternal-health>
13. World Health Organization. *The Global Health Observatory. Births attended by skilled health personnel (%)*. 2026. [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/births-attended-by-skilled-health-personnel-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/births-attended-by-skilled-health-personnel-(-))
14. Kim HY, Church F, Chang L, Berhanu D, Kinuthia J, Bershteyn A. Preferences for characteristics of contraceptive methods: a large, multi-country discrete choice experiment. *BMJ Glob Health*. 2026;11(8). doi:10.1136/bmjgh-2025-023196
15. Mwin PK, Abdullah SJ, McCarthy O, Kokoi VI, Ferrand R. Barriers to accessing contraceptive services for adolescents in Sub-Saharan Africa: a scoping review. *Global health action*. 2026;19(1):2699036.
16. Baloyi TV, Madela-Mntla E, Duah E, et al. Evidence on the Reasons and Factors Influencing Contraceptive Nonutilization Among Women of Childbearing Age in Suburban Setting in Sub-Saharan Africa: A Scoping Review. *Nursing & Health Sciences*. 2026;28(1):e70275.

17. United Nations Population Division. World Contraceptive Use. World Contraceptive Use 2024. 2024. <https://www.un.org/development/desa/pd/world-contraceptive-use>
18. United Nations. SDG 3: Good Health and Well-being - Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. 2026. <https://unstats.un.org/sdgs/report/2025/goal-03/>
19. Baah G, Odonkor ST. Advancements and Challenges in Eliminating Perinatal Transmission of HIV in Sub-Saharan Africa: A Comprehensive Analysis. *AIDS Res Treat*. 2025;2025:8894456. doi:10.1155/arar/8894456

Accélérer la mise en œuvre des engagements de l'Afrique en matière de politiques de santé sexuelle et reproductive : un appel à l'action

DOI: 10.29063/ajrh2026/v30i20.1

Lorretta Ntoimo^{1,2*}, Emonime Odjesa³, Tosin Sayaonlu³, Judith Obaseki⁴ et Friday Okonofua^{3,5}

Département de démographie et de statistiques sociales, Faculté des sciences sociales, Université fédérale d'Oye-Ekiti, Nigeria¹; Rédacteur, African Journal of Reproductive Health, Nigeria²; Centre de recherche et d'action pour la santé des femmes Women Health and Action Research Centre, Nigeria³; African Journal of Reproductive Health⁴; Rédacteur en chef, African Journal of Reproductive Health⁵

*Pour toute correspondance: Courriel: ntoimo.lorretta@gmail.com; lorretta.ntoimo@fuoye.edu.ng

L'Afrique ne manque pas d'engagements en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs (SDSR). Ce qui lui fait défaut, c'est une mise en œuvre cohérente à l'échelle requise. Au fil des décennies, les gouvernements africains ont souscrit à des cadres continentaux, adopté des politiques nationales et pris l'engagement d'améliorer la santé et les droits des femmes, des adolescents et des jeunes. Pourtant, des millions de personnes sont encore confrontées à des décès maternels évitables, des grossesses non désirées, des avortements à risque, des infections sexuellement transmissibles — dont le VIH —, des violences fondées sur le genre, ainsi qu'à un accès insuffisant aux services essentiels de santé reproductive.

La question centrale est de savoir si les gouvernements africains sont prêts à traduire leurs engagements en résultats mesurables. Les politiques, à elles seules, ne sauvent pas des vies ; ce sont les budgets, des systèmes de santé opérationnels, un personnel de santé compétent, des services accessibles et une responsabilité politique qui permettent d'y parvenir. Alors que le continent aborde les dernières années du programme de développement à l'horizon 2030, l'écart entre les promesses et les réalisations exige une attention urgente. L'Afrique doit passer des déclarations à l'action concrète. Son avenir démographique, sa prospérité économique et sa stabilité sociale en dépendent.

Les engagements de l'Afrique en matière de santé reproductive

Les gouvernements africains ont pris des engagements importants par le biais d'accords continentaux et mondiaux. Ces engagements constituent une base solide pour l'action. La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994, tenue au Caire, a marqué un tournant fondamental dans les politiques de population. Elle a placé la santé et les droits en matière de reproduction, le choix individuel, l'égalité

des genres et l'accès à la planification familiale au cœur du développement. Les pays africains ont par la suite souscrit au Programme d'action de la CIPD et se sont engagés à intégrer la santé reproductive dans leurs stratégies nationales de développement ; ils ont réaffirmé cet engagement lors de la commémoration du 25^e anniversaire de la CIPD, en 2019 à Nairobi.

En 2001, les chefs d'État et de gouvernement de l'Union africaine (UA) ont adopté la Déclaration d'Abuja. Ils se sont engagés à allouer au moins 15 % des budgets nationaux annuels à l'amélioration du secteur de la santé. Bien que cette déclaration porte sur le financement de la santé de manière générale, sa mise en œuvre est fondamentale pour la santé reproductive. Les soins maternels, les services de contraception, les soins obstétricaux d'urgence et les produits de santé reproductive ne peuvent être pérennisés sans un financement national adéquat.

Le Protocole de Maputo de 2003 — officiellement intitulé « Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits des femmes en Afrique » — a instauré des obligations importantes concernant les droits des femmes. L'article 14 traite de la santé et des droits en matière de reproduction. Il couvre l'accès à l'information et aux services de santé reproductive, la planification familiale et la protection de l'autonomie des femmes en matière de reproduction. Il aborde également l'accès à l'avortement médicalisé dans des circonstances précises. Le Protocole inscrit donc la santé reproductive dans le cadre plus large des droits humains, de la dignité et de l'égalité des genres.

En 2005, les dirigeants africains ont approuvé le Plan d'action de Maputo pour la mise en œuvre du Cadre politique continental sur la santé et les droits sexuels et reproductifs. La version révisée du Plan d'action de Maputo (2016–2030) a renforcé ce programme. Elle appelle à un accès universel à des services complets de santé sexuelle et reproductive. Ses priorités incluent la

planification familiale, la santé maternelle et néonatale, la santé sexuelle et reproductive des adolescents, la prévention et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, ainsi que le renforcement des systèmes de santé. Elle met également l'accent sur l'intégration, la mobilisation des ressources nationales et la responsabilité.

La Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA), lancée en 2009 et renforcée en 2021 sous le nom de CARMMA+ (2021-2030) par la Commission de l'Union africaine avec le soutien du FNUAP, a consolidé l'engagement politique en faveur de la prévention des décès maternels évitables. Son message central était sans équivoque : la mortalité maternelle doit devenir une priorité pour les gouvernements, les institutions de santé et les communautés.^{6,7}

Les gouvernements africains ont également souscrit aux Objectifs de développement durable (ODD)⁸, notamment l'ODD 3 relatif à la santé et l'ODD 5 consacré à l'égalité entre les sexes. La cible 3.1 vise à réduire le taux mondial de mortalité maternelle à moins de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2030. La cible 3.7 appelle à un accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive, incluant la planification familiale, l'information et l'éducation. L'ODD 5 porte sur l'élimination des pratiques néfastes, la lutte contre la discrimination fondée sur le genre, ainsi que sur l'autonomisation des femmes et des filles.

L'Agenda 2063⁹, feuille de route pour le développement à long terme de l'Union africaine, constitue un cadre continental supplémentaire. Sa vision — celle d'une Afrique intégrée, prospère et pacifique — repose sur des populations en bonne santé et sur la pleine participation des femmes et des jeunes. Le deuxième plan décennal de mise en œuvre souligne la nécessité d'accélérer le développement et d'améliorer le bien-être des citoyens africains.¹⁰ Ces engagements se renforcent mutuellement. Ils reconnaissent que la santé reproductive ne saurait être réduite à une simple question clinique isolée ; elle est intrinsèquement liée aux droits humains, à l'éducation, à l'égalité entre les sexes, à la réduction de la pauvreté, à la productivité économique et au développement durable.

Évaluation de la mise en œuvre : des progrès, mais des résultats insuffisants

L'Afrique a réalisé des progrès mesurables. Ces avancées méritent d'être reconnues. Toutefois, elles ne doivent pas occulter l'ampleur du travail qu'il reste à accomplir. La survie des mères demeure un test majeur de l'engagement politique. Dans la Région africaine de l'OMS, le taux de mortalité maternelle a sensiblement

diminué depuis 2000. Selon l'OMS, ce taux est passé de 727 pour 100 000 naissances vivantes en 2000 à 442 en 2023.¹¹ La proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié a également progressé, atteignant environ 74 % dans la Région en 2023, avec toutefois des variations considérables selon les pays.^{12,13}

Ces acquis démontrent qu'un investissement soutenu et des interventions efficaces peuvent sauver des vies. Ils mettent néanmoins en lumière les lacunes qui subsistent. Trop de femmes accouchent encore sans assistance qualifiée ni accès, en temps opportun, à des soins obstétricaux d'urgence. Les hémorragies, les troubles hypertensifs, les septicémies et les complications liées à des avortements non sécurisés demeurent des causes majeures de décès maternels évitables. Les expériences nationales sont à la fois encourageantes et révélatrices des défis persistants. Le Cap-Vert,

l'île Maurice et les Seychelles ont franchi des étapes décisives en matière de survie maternelle et infantile. L'Afrique du Sud et la Zambie ont également atteint le seuil de mortalité maternelle fixé dans le cadre des objectifs de développement durable (ODD), selon les dernières estimations publiées par l'OMS en 2024. De telles expériences prouvent que des progrès sont possibles, tout en soulignant les écarts importants en matière de résultats à travers le continent.^{12,13}

Les services de planification familiale se sont développés, mais l'accès demeure inégal. Plusieurs pays ont mis en place des stratégies nationales de planification familiale, élargi l'éventail des méthodes contraceptives disponibles et intégré ces services aux soins de santé primaires. Les agents de santé communautaires ont contribué à rapprocher ces services des populations mal desservies. Des partenariats ont permis de soutenir l'achat de produits contraceptifs, la gestion des chaînes d'approvisionnement et la prestation de services. Néanmoins, des millions de femmes et d'adolescentes ne parviennent toujours pas à obtenir les méthodes de contraception moderne qu'elles privilégient.¹⁴ Les ruptures de stock, le coût, l'éloignement, la désinformation, les normes sociales restrictives et les préjugés des prestataires de services constituent autant d'obstacles.^{15,16} En Afrique subsaharienne, la proportion de femmes dont les besoins en matière de planification familiale sont satisfaits par des méthodes modernes est passée de 51,6 % en 2015 à 57,4 % en 2023. Il s'agit d'une avancée, mais elle laisse subsister un écart important entre l'accès actuel et une couverture universelle.¹⁷

La santé reproductive des adolescents demeure une priorité urgente. Des pays africains ont adopté des politiques pour lutter contre les grossesses précoces, le mariage des enfants et les obstacles à l'accès des

adolescents aux services de santé. Certains ont développé des services adaptés aux jeunes ainsi que des programmes d'éducation à la santé en milieu scolaire. Toutefois, la mise en œuvre varie considérablement. De nombreux adolescents n'ont toujours pas accès à des services confidentiels, abordables et exempts de tout jugement. Le mariage précoce, les violences sexuelles, l'exclusion scolaire et l'accès insuffisant à des informations fiables continuent de compromettre la santé et les perspectives d'avenir des filles.

En 2024, l'Afrique subsaharienne a enregistré un taux de natalité chez les adolescentes de 92,9 naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans. Il s'agit du taux régional le plus élevé au monde. Ce chiffre illustre l'écart entre les engagements pris en faveur du bien-être des adolescents et la réalité vécue par de nombreux jeunes.

Des avancées significatives ont été réalisées en matière de prévention du VIH et d'intégration des services de santé reproductive. Les pays africains ont intensifié le dépistage du VIH, la prévention de la transmission verticale, l'administration de traitements antirétroviraux et la prestation de services destinés aux femmes enceintes. Ces interventions ont permis de prévenir des infections et d'améliorer les taux de survie. Néanmoins, la couverture demeure inégale. Dans plusieurs contextes, les adolescentes et les jeunes femmes restent exposées à des risques disproportionnés. Par ailleurs, l'intégration des services liés au VIH avec la contraception, les soins prénatals et, plus largement, les services de santé reproductive, demeure incomplète. Les droits reproductifs des femmes bénéficient d'une reconnaissance formelle renforcée.

La ratification du Protocole de Maputo et l'adoption de politiques nationales en matière de genre témoignent de progrès réels. Toutefois, la ratification ne garantit pas la mise en œuvre effective. Des restrictions juridiques, une application défaillante des textes, un financement insuffisant, ainsi que la stigmatisation et la discrimination, peuvent empêcher les femmes d'exercer les droits reconnus par les instruments nationaux et continentaux. Ce décalage est particulièrement manifeste lorsque les femmes et les filles ne sont pas en mesure d'accéder, en temps opportun et dans le respect de leur dignité, à des soins de santé reproductive conformes à la loi.

Dans l'ensemble, ces exemples révèlent une tendance constante : si l'Afrique a élaboré un corpus politique substantiel, certains pays ont réussi à traduire ces politiques en améliorations concrètes, tandis que d'autres accusent un retard important. Le rythme global des progrès demeure insuffisant pour atteindre plusieurs objectifs cruciaux fixés à l'horizon 2030.

Lacunes persistantes et défis liés à la mise en œuvre

Les gouvernements africains et l'Union africaine (UA) doivent désormais passer, de manière résolue, de l'engagement à la mise en œuvre. Les années qui nous séparent de 2030 et 2063 sont cruciales. Les mesures suivantes nécessitent une attention urgente

1. Faire de la santé reproductive une priorité budgétaire: Les gouvernements doivent élaborer des plans clairs et chiffrés pour la mise en œuvre du Plan d'action de Maputo et des stratégies nationales connexes. Ils doivent progresser vers le respect de l'engagement d'Abuja en matière de financement de la santé, accroître les ressources nationales allouées à la santé reproductive et publier des rapports annuels sur l'exécution budgétaire. Les ressources doivent parvenir aux structures de santé de première ligne, plutôt que de rester sur le papier.

2. Renforcer les soins de santé primaires et les services d'urgence obstétricale: Chaque femme doit avoir accès à des soins prénatals, à une assistance qualifiée lors de l'accouchement, à des mécanismes d'orientation en cas d'urgence, à des médicaments essentiels et à des soins postnatals respectueux. Les gouvernements doivent investir dans la formation des sages-femmes, le déploiement équitable du personnel de santé, les services de transfusion sanguine et des réseaux d'orientation fonctionnels. Les communautés rurales et celles touchées par des conflits nécessitent une attention particulière.

3. Garantir l'accès à la planification familiale volontaire: Les pays doivent assurer un approvisionnement fiable en contraceptifs abordables et offrir un véritable choix de méthodes. Les services doivent respecter le consentement éclairé et l'autonomie en matière de procréation. Les gouvernements doivent éliminer les obstacles administratifs et ceux liés aux prestataires, renforcer le conseil et lutter contre la désinformation persistante.

4. Placer les adolescents et les jeunes au cœur de la mise en œuvre: Les politiques nationales doivent se traduire par la diffusion d'informations adaptées à l'âge, une prévention efficace du mariage des enfants et des violences sexuelles, ainsi que par des services confidentiels et adaptés aux jeunes, conformément aux législations nationales et aux obligations en matière de droits humains. Les jeunes doivent participer de manière significative à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques.

5. Promouvoir l'égalité des genres et les droits reproductifs des femmes: les gouvernements doivent mettre en œuvre le Protocole de Maputo ainsi que les

législations nationales en vigueur. Ils doivent renforcer la protection contre la violence fondée sur le genre, éliminer les pratiques discriminatoires et garantir que les services de santé reproductive soient accessibles, sans stigmatisation ni coercition. Les engagements en faveur des droits des femmes doivent se traduire concrètement dans la pratique clinique quotidienne.

6. Renforcer les capacités africaines en matière de financement et de production: les gouvernements doivent réduire toute dépendance évitable vis-à-vis des financements extérieurs. La coopération régionale doit soutenir la production locale et l'approvisionnement en médicaments essentiels, contraceptifs, outils de diagnostic et autres produits liés à la santé reproductive. Les institutions de recherche et les fabricants africains doivent être considérés comme des acteurs apportant des solutions, et non comme de simples bénéficiaires d'une aide.

7. Mettre en place des mécanismes de responsabilité transparents: la Commission de l'Union africaine, les Centres africains de contrôle et de prévention des maladies (Africa CDC), les communautés économiques régionales, les gouvernements nationaux, les associations professionnelles, la société civile et les institutions de recherche doivent renforcer le suivi régulier de la mise en œuvre. Des rapports d'étape doivent permettre d'évaluer la couverture des services, leur qualité, l'équité, le financement et les résultats en matière de santé. Les décès maternels doivent faire l'objet d'un examen systématique, assorti de recommandations traduites en actions concrètes. Les parlementaires, les journalistes, les ordres professionnels et les communautés doivent être en mesure de suivre les progrès réalisés.

8. Intégrer la santé reproductive dans l'Agenda 2063 et la planification nationale du développement: les objectifs en matière de santé reproductive doivent être pris en compte dans le deuxième plan décennal de mise en œuvre, les plans nationaux de développement, les stratégies de couverture sanitaire universelle et les budgets annuels. Les gouvernements doivent définir des étapes mesurables, identifier les institutions responsables et rendre compte publiquement des progrès accomplis. Les engagements pris à l'échelle continentale doivent devenir des priorités nationales contraignantes.

9. Investir dans les données probantes et l'innovation en Afrique: les universités, les institutions de recherche, les revues scientifiques et les associations professionnelles doivent contribuer à identifier les interventions efficaces et à documenter les échecs rencontrés lors de leur mise en œuvre. La recherche menée par des Africains devrait orienter les politiques et la prestation de services. Les gouvernements doivent soutenir la traduction des données probantes en pratiques

concrètes et veiller à ce que les interventions réussies puissent être déployées à plus grande échelle, de manière équitable.

10. Mobiliser une vaste coalition africaine pour l'action: les dirigeants politiques ne peuvent mener ce programme seuls. Les professionnels de santé, les chefs traditionnels et communautaires, les organisations de femmes, les jeunes, la société civile, le secteur privé et les médias jouent tous un rôle essentiel. L'Académie africaine des sciences et d'autres institutions scientifiques doivent apporter des données probantes, des innovations et un regard critique indépendant. La santé reproductive doit devenir une priorité continentale partagée.

Conclusion

L'Afrique a défini des principes, adopté des cadres d'action et fixé des objectifs. Le défi qui demeure est celui de la mise en œuvre. Le continent doit résister à la tentation de mesurer sa réussite au nombre de déclarations signées ou de stratégies lancées. Le succès doit se mesurer au nombre de vies sauvées, de droits protégés, de services fournis et d'inégalités réduites. L'Union africaine (UA) devrait utiliser sa capacité de mobilisation pour encourager l'examen par les pairs, partager les expériences nationales réussies et demander des comptes aux gouvernements quant à la mise en œuvre. Les dirigeants nationaux doivent faire preuve de la volonté politique nécessaire pour protéger les budgets consacrés à la santé reproductive, réformer les systèmes défaillants et s'attaquer aux barrières sociales. Les partenaires au développement doivent soutenir les priorités africaines sans pour autant affaiblir l'appropriation nationale. Avant tout, les gouvernements africains doivent reconnaître que la santé reproductive est à la fois un droit humain et un impératif de développement. Le coût de l'inaction se traduit par des décès évitables, des opportunités d'éducation perdues, des souffrances qui auraient pu être évitées et un potentiel économique amoindri.

Le continent n'a pas besoin d'une nouvelle génération de promesses ; il a besoin d'une génération dédiée à la mise en œuvre. L'Agenda 2063 ne sera pas jugé sur l'élégance de sa vision, mais sur l'impact concret qu'il aura sur la vie des populations africaines. Le message est simple : l'Afrique ne doit pas attendre que le reste du monde lui apporte l'avenir en matière de santé reproductive qu'elle a déjà promis à sa propre population.

Conflit d'intérêts

Aucun

Références

1. Fonds des Nations Unies pour la population. Programme d'action adopté lors de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994. 2004.
2. Butler J, Erken A, Hurskin I, et al. Accélérer la réalisation des promesses : Rapport sur le Sommet de Nairobi sur la CIPD25. Fonds des Nations Unies pour la population ; 2019.
3. Organisation de l'unité africaine (OUA). Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et les autres maladies infectieuses. Union africaine ; 2001. <https://au.int/sites/default/files/pages/32894-file-2001-abuja-declaration.pdf>
4. Union africaine. Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique (Protocole de Maputo). Union africaine ; 2003. <https://au.int/en/treaties/protocol-african-charter-human-and-peoples-rights-rights-women-africa>
5. Commission de l'Union africaine. Plan d'action de Maputo 2016-2030 pour la mise en œuvre du Cadre politique continental sur la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction. Publié en ligne en 2016. https://au.int/sites/default/files/documents/24099-poa_5-_revised_clean.pdf
6. Commission de l'Union africaine. Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA). 2009. <https://au.int/en/sa/carmma>
7. Commission de l'Union africaine. CARMMA Plus (2021-2030). 2021. <https://carmmaplus.org/>
8. Assemblée générale des Nations Unies. Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030. 2015. <https://sdgs.un.org/2030agenda>
9. Union africaine. Agenda 2063 : L'Afrique que nous voulons. Publié en ligne en 2015. <https://www.au.int/en/agenda2063>
10. Union africaine. Agenda 2063 : Décennie de mise en œuvre accélérée – Deuxième plan décennal de mise en œuvre (2024-2033). Union africaine ; 2024. <https://au.int/en/newsevents/20240217/agenda-2063-launch-2nd-decade-acceleration>
11. Organisation mondiale de la Santé. Tendances des estimations de la mortalité maternelle de 2000 à 2023 : estimations de l'OMS, de l'UNICEF, du FNUAP, du Groupe de la Banque mondiale et du DAES/Division de la population. Organisation mondiale de la Santé ; 2025.
12. Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Santé maternelle. 2024. <https://www.afro.who.int/health-topics/maternal-health>
13. Organisation mondiale de la Santé. Observatoire mondial de la santé. Accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (%). 2026. [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/births-attended-by-skilled-health-personnel-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/births-attended-by-skilled-health-personnel-(-))
14. Kim HY, Church F, Chang L, Berhanu D, Kinuthia J, Bershteyn A. Préférences concernant les caractéristiques des méthodes contraceptives : une vaste expérience de choix discrets menée dans plusieurs pays. *BMJ Glob Health*. 2026;11(8). doi:10.1136/bmjgh-2025-023196
15. Mwin PK, Abdullah SJ, McCarthy O, Kokoi VI, Ferrand R. Obstacles à l'accès aux services de contraception pour les adolescents en Afrique subsaharienne : une revue exploratoire. *Global Health Action*. 2026;19(1):2699036.
16. Baloyi TV, Madela-Mntla E, Duah E, et al. Données probantes sur les raisons et les facteurs influençant la non-utilisation de la contraception chez les femmes en âge de procréer en milieu périurbain en Afrique subsaharienne : une revue exploratoire. *Nursing & Health Sciences*. 2026;28(1):e70275.
17. Division de la population des Nations Unies. Utilisation de la contraception dans le monde. Utilisation de la contraception dans le monde, 2024. 2024. <https://www.un.org/development/desa/pd/world-contraceptive-use>
18. Nations Unies. ODD 3 : Bonne santé et bien-être – Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. 2026. <https://unstats.un.org/sdgs/report/2025/goal-03/>
19. Baah G, Odonkor ST. Progrès et défis dans l'élimination de la transmission périnatale du VIH en Afrique subsaharienne : une analyse approfondie. *AIDS Res Treat*. 2025;2025:8894456. doi:10.1155/arar/8894456