AfricaCDC
Centres for Disease Control and Prevention

Protection de la Santé de l'Afrique



Mortalité maternelle et infantile en Afrique

LES CAUSES ET LES FACTEURS DÉTERMINANTS

Un rapport des Centres africains de contrôle et de prévention des maladies à l'appui du mandat de la Championne de l'Union africaine pour la santé maternelle et infantile.

SEPTEMBRE 2026

Une entité de la Union Africaine

Centres africains de contrôle et de prévention des maladies,
Ring Road, 16/17, Haile Garment Square,
Boîte postale 3243, Addis-Abeba, Éthiopie.

Africa CDC est une agence de santé autonome de l'Union africaine, à l'échelle du continent, créée pour soutenir les initiatives de santé publique des États membres et renforcer les capacités de leurs institutions de santé publique à détecter, prévenir et combattre les menaces sanitaires, ainsi qu'à y répondre de manière rapide et efficace.

Rapport des Centres africains de contrôle et de prévention des maladies (Africa CDC) à l'appui du mandat de la Championne de l'Union africaine pour la santé maternelle et infantile
Fondé sur les données issues des examens des décès réalisés par les États membres, de l'évaluation continentale portant sur l'ensemble des 55 États membres et des données mondiales

Préparé par
Division de la santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (RMNCAH) et de la santé et des droits en matière de reproduction (SDSR)
Centre pour les soins de santé primaires,
Africa CDC. Septembre 2026

Protection de la Santé de l'Afrique

www.africacdc.org @africacdc

Sommaire

Abréviations ..... *v*

Préface vii

1. Résumé exécutif *1*

Contexte 1

Méthodes 1

Conclusions 2

Interprétation 3

Conclusion 3

2. Contexte *5*

2.1 Pourquoi ce rapport et quelles sont les nouveautés 5

2.2 Les engagements faisant l'objet de ce rapport 5

2.3 La charge actuelle 6

2.4 Le rythme de progrès et l'ampleur de l'écart 8

2.5 Les causes de la mortalité maternelle et néonatale 9

2.6 La couverture a augmenté mais la qualité n'a pas suivi le rythme 10

2.7 Le choc financier 11

2.8 L'architecture politique à l'échelle du continent 12

2.9 Structure du rapport 13

3. Objectifs *15*

4. Méthodes *15*

4.1 Cadres analytiques 15

4.2 Sources de données 16

Développement de l'outil d'évaluation et de la procédure de collecte des données 16

4.3 Examen des rapports nationaux sur la mortalité maternelle et périnatale 18

Extraction 18

Ce qui a été enregistré 18

Vérification 19

4.4 Évaluation de la qualité des rapports et des systèmes 19

4.5 Identification et classement des pays modèles 20

4.6 Analyse 21

4.7 Limites 22

Les pourcentages de causes ne sont pas comparables entre les pays 22

La couverture des avis est faible dans la plupart des systèmes 22

La base de données probantes est pondérée pour la période 2013–2019 23

Les États membres ne constituent pas un groupe épidémiologique 23

La couverture est inégale et incomplète 23

La mortalité infantile au-delà de la période néonatale est moins bien prise en charge 24

5. Résultats de l'enquête à l'échelle du continent *25*

5.1 Politique et stratégie (Section B) **25**
Alignement avec le Plan d'action de Maputo 25
Systèmes de prestation de services 26
Alignement avec les cadres internationaux 27

5.2 Coordination et gouvernance (Section C) **27**

5.3 Financement (Section D) **27**

5.4 Suivi, qualité des données et occasion manquée **29**
5.4.1 Ce que les États membres surveillent 29
5.4.2 Le suivi d'un indicateur ne signifie pas nécessairement disposer des données correspondantes 29
5.4.3 La chaîne de valeur des données se réduit à chaque étape 30
5.4.4 Ce que les données soumises révèlent sur la qualité 31
5.4.5 Les zones d'ombre en matière de mesure 33
5.4.6 Flux de données: une remontée sans retour 33
5.4.7 Conséquences pour la prise de décision 34

5.5 Obstacles à la mise en œuvre et priorités (Section F) **34**

5.6 Cadre juridique et inclusion à la CSU **35**

5.7 Tendances régionales et tableau de bord des pays **36**

5.8 Données sur la prestation de service et dissociation entre la politique et les données **36**
La rigueur des politiques ne permet pas de prédire la disponibilité des données 37

5.9 Conclusions de l'évaluation **38**

6. Synthèse: les causes et les facteurs de la mortalité maternelle et infantile en Afrique *39*

6.1 Causes de la mortalité maternelle **39**
Deux résultats que les estimations mondiales ne prennent pas en compte 40
Les décès sans cause enregistrée 40

6.2 Causes de la mortalité néonatale **41**

6.3 Où réside le retard **42**

6.4 Combien de ces décès étaient évitables **43**

6.5 Les facteurs déterminants, mis en correspondance avec les piliers du système de santé **44**

6.6 La boucle de responsabilité: la défaillance centrale **46**

6.7 Ce que les preuves évaluées par les pairs apportent **47**
L'instrument fonctionne-t-il? 48
Corroboration indépendante du tableau continental 49
Pourquoi l'étape de réponse échoue 50
L'attribution de la cause est elle-même incertaine 50
Que fait-on actuellement à ce sujet: critique de décès virtuel 51
Ce que la littérature confirme, et ce qu'elle apporte 51

6.8 La réponse à la question **52**

7. Opportunités d'amélioration de la santé maternelle et infantile en Afrique . *53*

7.1 Manière d'identification de ces opportunités 53
7.2 Agir en premier: trois opportunités coûtant presque rien 53
Opportunité 1. Fermer la boucle de responsabilité 54
Opportunité 2. Corriger la notification avant d'améliorer la révision 54
Opportunité 3. Adopter des normes de qualité des données avant le prochain appel de données 54
7.3 Opportunités cliniques: les interventions ciblant la majorité des décès 55
Opportunité 4. Le paquet de nouveau-né 55
Opportunité 5. Le faisceau d'hémorragie et l'apport sanguin 55
Opportunité 6. Déplacer l'investissement vers la qualité des soins après l'arrivée 55
7.4 Opportunités structurelles 56
Opportunité 7. Financement de pactes avec un groupe identifié d'États membres 56
Opportunité 8. Inclusion de la couverture santé universelle 57
Opportunité 9. Fabriquer ce qui tue les femmes africaines 57
Opportunité 10. Adolescents: le plus grand écart entre priorité et offre 58
7.5 Séquençage 58
7.6 À quoi ressemblerait le succès d'ici 2030 58
8. Obstacles et exemples de réussite par composante du système de santé ... 60
8.1 Élaboration de cette section 60
Seuil d'inclusion et classification des preuves 61
8.2 Aperçu des exemples types 62
8.3 Prestation de services 63
8.4 Personnel de santé 65
8.5 Systèmes d'information sanitaire 68
8.6 Accès aux médicaments et technologies essentiels 69
8.7 Financement 72
Le bilan plus large des mécanismes de financement en Afrique 73
8.8 Leadership et gouvernance 75
8.9 Cas documentés, mais sans données probantes 78
8.10 Ce qui est transférable et ce qui ne l'est pas 79
8.11 La séquence commune 79
Références 81
Annexe 1. Profils de pays 86
Annexe 2. Exemples de pays: ce qui a déjà fonctionné en Afrique 126
A2.1 Objectif et approche 126
A2.2 Aperçu des exemples types 127
A2.3 Financement 128
Éthiopie — Pacte multi-donateurs de planification familiale (2023) 128
Rwanda — Assurance santé communautaire et financement basé sur la performance 128
A2.4 Personnel de santé 129

Ouganda — Réforme des salaires ruraux ainsi qu'un financement basé sur les résultats au Centre de santé IV 129
Eswatini — Un cadre d'agent de santé communautaire 130

A2.5 Prestation de services 130

Tanzanie — m-mama Transport d'urgence dans le cadre d'une expansion nationale de SONU 130
Eswatini — Un "Troisième Délai" pour une assistance qualifiée à l'accouchement 131
Éthiopie — Smart Start: services contraceptifs centrés sur l'adolescent à grande échelle 131

A2.6 Accès aux médicaments et technologies essentiels 132

Rwanda — Livraison aérienne de sang et de denrées salvatrices sur le dernier kilomètre 132
Éthiopie — Disponibilité des matières premières sécurisées par le Compact 132

A2.7 Systèmes d'information sanitaire 133

Nigeria (État de Kano): Geo ST4R: rendre visibles les communautés invisibles 133

A2.8 Leadership et gouvernance 133

La Somalie — Gouverner un redressement dans un contexte fragile 133
Madagascar — Un pacte multisectoriel permanent avec la foi et les autorités traditionnelles 134
Malawi — Fermer la loi: mettre fin au mariage des enfants 134

A2.9 Leçons tirées de ces exemples pour le continent 135

A2. Références pour cette annexe 136

Abréviations

Les noms des programmes spécifiques à chaque pays et les codes de section des questionnaires sont définis là où ils apparaissent pour la première fois dans le texte.

AGNU	Assemblée générale des Nations Unies
AMA	Agence africaine des médicaments
ANC	Soins prénatals
APD	Aide publique au développement
ASC	Agent de santé communautaire
BAD	Banque africaine de développement
BIRD	Banque internationale pour la reconstruction et le développement
CARMMA	Campagne pour l'accélération de la réduction de mortalité maternelle en Afrique
CBHI	Assurance maladie à base communautaire
CIM	Classification internationale des maladies
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
CS	Césarienne
CSU	Couverture sanitaire universelle
DESA	Département des affaires économiques et sociales des Nations unies
DHIS	Logiciel d'information sanitaire de district
DHS	Enquête démographique et de santé
ECS	Éducation complète à la sexualité
EDHS	Enquête démographique et sanitaire sur l'Éthiopie
EDST	Enquête démographique et sanitaire en Tanzanie
EFY	Exercice fiscal éthiopien
ENCMM	Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles
EPMM	Mettre fin à la mortalité maternelle évitable
EWENE	Chaque femme, Chaque nouveau-né, partout
FBP	Financement basé sur la performance
FBR	Financement basé sur les résultats
GFF	Mécanisme de financement mondial
HDP	Troubles hypertensifs de la grossesse
HPP	Hémorragie du post-partum
IC	Intervalle de confiance
IDA	Association internationale de développement
MDR	Analyse des décès maternels
MDSR	Surveillance des décès maternels et riposte
MGF	Mutilation génitale féminine
MMEIG	Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle
MNCAH	Santé maternelle, néonatale, infantile et adolescente
MPDSR	Surveillance des décès maternels et périnatals et riposte
NCCEMD	Comité national pour les enquêtes confidentielles sur les décès maternels (Afrique du Sud)
ODD	Objectif de développement durable
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations unies
OSC	Organisation de la société civile
PF	Planification familiale

PMNCH	Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile
PMTCT	Prévention de la transmission mère-enfant
PRFI	Pays à revenu faible et intermédiaire
RDC	République démocratique du Congo
RMM	Ratio de mortalité maternelle
RMNCAH	Santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente
RHS	Ressources humaines pour la santé
SDMPR	Surveillance des décès maternels et périnatals et riposte
SDMR	Surveillance des décès maternels et riposte
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIGL	Système d'information de gestion logistique
SIS	Système d'information sanitaire
SONU	Soins obstétricaux et néonatals d'urgence
SONU-B	Soins obstétricaux et néonatals d'urgence de base
SONU-C	Soins obstétricaux et néonatals d'urgence complets
SSRR	Santé et droits en matière de sexualité et de procréation
SRMNCAH	Santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente
SSR	Santé sexuelle et reproductive
STC	Comité technique spécialisé (Union africaine)
TAR	Traitement antirétroviral
TB	Tuberculose
TPI	Traitement préventif intermittent
UA	Union africaine
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
UN IGME	Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VBG	Violence basée sur le genre
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VMDR	Examen virtuel sur la mortalité maternelle

Préface



Excellence Dr. Samia Suluhu Hassan, Présidente de la République unie de Tanzanie et Championne de l'Union africaine pour la santé maternelle et infantile

Chaque année, environ 178 600 femmes perdent leurs vies dans nos États membres pour des raisons liées à la grossesse et à l'accouchement, et environ 1,18 million de nos nouveau-nés ne survivent pas au-delà de leur premier mois. Ces deux chiffres représentent respectivement 69 % et 51 % des taux mondiaux. En parallèle, une conclusion de nos propres hôpitaux et de nos propres comités d'examen, consignée dans les pages suivantes: la grande majorité de ces décès ont été jugés évitables par les mêmes cliniciens qui les ont examinés, grâce à des soins déjà connus, peu coûteux et déjà dispensés quelque part sur le continent.

C'est pourquoi j'ai accepté ce mandat. Il ne s'agit pas ici d'une avancée médicale révolutionnaire. C'est une question de savoir si nous gouvernons suffisamment bien pour offrir ce que nous savons déjà.

Le mécanisme de la Championne de l'Union africaine a été mis en place pour qu'une priorité continentale puisse bénéficier du poids de la plus haute fonction disponible. Mes pairs choisissent un Chef d'État en exercice pour prendre en charge un dossier, en défendre les intérêts auprès de ses homologues, promouvoir l'appropriation de nos programmes au niveau du sommet, encourager l'apprentissage et l'examen entre pairs, et rendre compte des progrès et des obstacles à l'Assemblée. Ce mécanisme fonctionne lorsqu'il est effectivement utilisé. La Zone de libre-échange continentale africaine est entrée en vigueur parce qu'une Championne a sollicité les États membres un par un pour obtenir les ratifications nécessaires. La réforme institutionnelle de notre Union a progressé de la même manière. J'ai l'intention d'utiliser cet instrument pour assurer la survie de nos mères et de nos enfants, et je demande à mes homologues chefs d'État et de gouvernement de veiller à ce que je tienne cet engagement.

Le présent rapport contient des informations que je souhaite voir examiné attentivement par chacun d'entre eux. Notre principale contrainte n'est ni un engagement politique, ni une politique établie. Cinquante-trois de nos cinquante-cinq États membres disposent d'une politique ou d'une stratégie en matière de santé sexuelle et reproductive, et seulement un quart d'entre nous cite un engagement politique insuffisant comme un obstacle à la mise en œuvre. Ce qui fait défaut se situe entre la politique et le service: trois États membres sur

cinq sont dépourvus de plan opérationnel chiffré et de mécanisme de coordination réellement fonctionnel, tandis que seulement presque la moitié des pays allouent une ligne budgétaire dédiée à cet effet. Par ailleurs, lorsque nos systèmes examinent les décès de femmes, seuls quatorze des trente-quatre États membres publiant de tels bilans indiquent si les recommandations de l'année précédente ont jamais été suivies.

Ce ne sont pas des problèmes cliniques. Ce sont des problèmes d'administration, de financement et de suivi. Ce sont précisément les aspects qui évoluent lorsqu'un président ou un Premier ministre les demande nommément, officiellement et à une date précise.

Permettez-moi d'être tout aussi clair quant à ce que nous avons accompli. La mortalité maternelle dans nos États membres est passée de 666 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2000 à 388 en 2023, soit une baisse de 42 % réalisée malgré la pandémie. Huit de nos États membres ont déjà atteint l'objectif fixé dans le cadre des Objectifs de développement durable, à savoir un taux inférieur à 70. Cela signifie que l'objectif que nous visons pour le continent a déjà été concrétisé dans certaines de ses régions. Mais au rythme actuel de 2,4 % par an nous atteindrons le chiffre d'environ 330 en 2030, soit près de cinq fois l'objectif, et il faudra progresser dix fois plus vite pour l'atteindre. Nous devons relever ce défi alors même que l'aide au développement destinée au secteur de la santé en Afrique diminue, passant de 25,8 milliards de dollars américains en 2021 à environ 13 milliards de dollars américains cette année. L'argent, qui finançait une partie de nos progrès récents, est retiré à une vitesse sans précédent et il ne reviendra pas au cours de cette décennie.

La charge n'est pas répartie uniformément et notre réponse ne devrait pas l'être non plus. L'Afrique de l'Ouest enregistre 682 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et représente 55 % de tous les décès maternels au sein l'Union africaine. Les efforts doivent être concentrés là où se trouvent les décès.

Dans mon pays, le taux national de mortalité maternelle est passé de 556 pour 100 000 naissances vivantes en 2015/2016 à 104 en 2022, grâce à des investissements soutenus dans les établissements de soins primaires, à la formation de personnel qualifié pour l'accouchement, à l'extension du réseau de soins obstétricaux d'urgence et au système de transport d'urgence «m-mama», qui couvre désormais tout le pays pour moins de deux millions de dollars américains par an. Je propose cela non pas comme un modèle à copier intégralement, ce rapport évalue honnêtement ce qui est transférable d'un pays à l'autre et ce qui ne l'est pas. Cela démontre toutefois que la situation peut évoluer positivement lorsqu'un gouvernement le décide.

La Feuille de route de l'Union africaine pour la santé maternelle, néonatale, infantile et adolescente (2026-2030) constitue le cadre de référence de ce mandat. Elle nous engage à atteindre trois objectifs, délibérément formulés en termes absolus: zéro accouchement à domicile, zéro décès maternel et néonatal évitable et zéro enfant non vacciné. Ces objectifs sont poursuivis à travers quatre axes prioritaires: le renforcement des systèmes de responsabilisation, la mobilisation de financements durables, l'amélioration de la production locale de produits de santé et le renforcement de la coordination dirigée par les pays. Notre Assemblée a réaffirmé ces priorités lors de sa 39ème session ordinaire, puis de nouveau à Accra en juillet 2026, sous le thème de la promotion de la justice, de l'équité et de la couverture sanitaire universelle.

Je m'adresse donc à mes collègues chefs d'État et de gouvernement avec cinq demandes spécifiques, chacune d'elles s'appuyant sur des données probantes contenues dans le présent rapport et aucune ne nécessitant de nouveaux fonds pour être mise en œuvre.

Premièrement, demandez à votre ministre de la Santé de vous rendre compte une fois par an des décès maternels et néonatals examinés dans votre pays, ainsi que des mesures prises à la suite des conclusions de l'année précédente. Seuls quatorze des trente-quatre États membres sont aujourd'hui en mesure de répondre à cette question. Ça ne coûte rien de poser cette question, mais cela ouvre la voie à toutes les étapes et les réalisations ultérieures.

Deuxièmement, corrigez la notification avant d'investir davantage dans les processus d'examen des décès. Un système, qui examine une infime fraction de décès qu'il n'a jamais recensés, ne peut pas orienter une réponse nationale.

Troisièmement, prévoyez une ligne budgétaire dédiée à la santé maternelle, néonatale, infantile et adolescente dans votre prochain cycle budgétaire, et fixez une date publique à laquelle votre gouvernement atteindra l'engagement d'Abuja de consacrer 15 % des dépenses à la santé. Trois d'entre respectent déjà cet engagement. Ce chiffre ne doit pas être encore trois à la fin de cette feuille de route.

Quatrièmement, intégrez explicitement les services de santé maternelle, néonatale et infantile dans votre programme national de couverture sanitaire universelle, afin qu'aucune femme ne se voie refuser l'accès aux soins en raison de frais à payer.

Cinquièmement, investissez dans la production locale, au sein de l'Afrique, des produits essentiels qui sauvent ces vies. L'Afrique importe environ 80 % de ses produits de santé, y compris les médicaments qui traitent la principale cause de décès maternel sur le continent. Un continent, incapable de produire ce sans quoi ses femmes meurent, n'a pas encore assuré leur survie.

À nos ministres de la Santé et des Finances, à Africa CDC et aux communautés économiques régionales, aux associations professionnelles, à la société civile et à nos partenaires: les preuves rassemblées ici sont africaines. Elles ont été produites par des cliniciens africains analysant les décès survenus en Afrique et par des gouvernements africains rendant compte de leurs propres systèmes. Je vous demande de les utiliser, de les remettre en question lorsqu'elles sont erronées et de les compléter là où elles présentent des lacunes.

Nous ne serons pas jugés sur les engagements que nous avons signés, mais sur le fait qu'une femme, qui commence à accoucher ce soir dans un village éloigné d'un hôpital, obtienne des soins qualifiés à temps et survive. Telle est la référence. Tenons-nous à cela.

Préface



Son Excellence Mahmoud Ali Youssouf, Président, Commission de l'Union Africaine

Le présent rapport continental évalue la santé maternelle, néonatale et infantile à travers l'Afrique, montrant où les progrès avancent, stagnent ou doivent s'accélérer. Il soutient la mise en œuvre par les États membres du Plan d'action de Maputo 2016–2030, “Accès universel aux services complets de la santé sexuelle et reproductive en Afrique”, et de CARMMA Plus 2021–2030 — la version renforcée de la Campagne pour l’accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique. Je félicite Africa CDC et la Championne de la santé maternelle et infantile, S.E. Dr Samia Suluhu Hassan, Présidente de la République unie de Tanzanie, pour ce travail rigoureux et franc.

Les résultats exigent des actions. Les femmes, les nouveau-nés et les enfants meurent toujours de causes évitables. Ce rapport fournit des preuves pour transformer les engagements continentaux en mise en œuvre, renforcer le Plan d'Action de Maputo et soutenir le leadership, le plaidoyer et la responsabilité de CARMMA Plus. S'appuyant sur la campagne CARMMA de 2009 de l'Union africaine, CARMMA Plus élargit l'ambition d'améliorer la santé reproductive des femmes, des enfants et des adolescents d'ici 2030.

Le rapport montre également que la santé maternelle, néonatale et infantile dépend d'un solide soutien en soins de santé primaires. Des services fiables et équitables avant la naissance, l'accouchement, la planification familiale et la vaccination sont des indicateurs clés de la performance du système de santé.

Le rapport met en lumière des solutions déjà en cours à travers l'Afrique. Nous devons tirer des leçons de ces expériences, adapter ce qui fonctionne et accélérer la mise en œuvre à l'échelle du continent.
C'est particulièrement urgent alors que l'aide au développement pour la santé diminue. L'Afrique doit promouvoir une plus grande souveraineté sanitaire en utilisant plus efficacement les ressources nationales, en développant la fabrication locale de produits de santé essentiels et en tirant parti du Mécanisme africain d'achats groupés (APPM) pour renforcer l'accès au marché et la sécurité des produits de santé. Ces capacités doivent garantir un accès fiable aux médicaments essentiels, aux vaccins, aux tests de dépistage et aux produits de base pour les femmes, les nouveau-nés et les enfants. L'investissement, la production africaine et la distribution efficace doivent aller de pair.

La Commission utilisera ce rapport pour renforcer la responsabilité et accélérer les engagements existants. En collaboration avec Africa CDC, les Communautés économiques régionales et les États membres, nous ferons avancer le Plan d'Action de Maputo, la CARMMA Plus et le programme de Trois Zéros de la Championne de l'UA: zéro accouchement à domicile, zéro décès évitable de mères et de nouveau-nés, et zéro enfant non vacciné. Les progrès doivent être visibles dans la vie des femmes, des nouveau-nés et des enfants.

Je remercie les États membres pour les données probantes qu'ils ont fournies et Africa CDC pour le rôle moteur qu'il a joué dans l'élaboration de ce rapport.
J'appelle les États membres, les communautés économiques régionales et les partenaires à agir en fonction de ces conclusions: investir dans ce qui fonctionne, renforcer la responsabilité, élargir les solutions africaines et combler l'écart entre les preuves et la mise en œuvre. Nos engagements sont clairs; la mise en œuvre est désormais la priorité.

Préface



Son Excellence Dr Jean Kaseya Directeur général,
Centres africains de contrôle et de prévention des maladies

Les Centres africains de contrôle et de prévention des maladies ont été créés pour fournir à ce continent les renseignements épidémiologiques nécessaires pour protéger sa propre population et pour transformer ces renseignements en actions coordonnées des États membres. Le présent rapport concrétise cet objectif fondateur, pour la première fois à l'échelle continentale, en l'appliquant aux décès des mères et des nouveau-nés en Afrique. Je remercie sincèrement les 55 États membres d'avoir ouvert leurs systèmes à cet examen, d'avoir passé en revue leurs propres données avec une honnêteté sans faille et d'avoir eu confiance dans le fait que la vérité révélée par ce rapport constitue la première étape vers l'action qu'il exige.

Sa méthode est délibérée. Plutôt que d'ajouter une autre estimation modélisée à un champ déjà saturé, Africa CDC a rassemblé et examiné, en intégralité, 199 rapports nationaux d'évaluation des décès maternels et périnataux provenant de 34 États membres, ainsi qu'une évaluation continentale des systèmes de politiques, du financement, de coordination et de données complétée et validée par les 55 membres. Il en résulte la première base factuelle de ce type: un compte rendu des causes de décès des femmes et des nouveau-nés en Afrique, tiré des examens des cliniciens et des ministères de la santé africains sur leurs propres systèmes et mis en parallèle direct avec ce que ces mêmes États membres rapportent concernant les mécanismes censés donner suite à ces conclusions.

Les conclusions ont des implications stratégiques directes pour cette institution et pour les États membres qu'elle sert. Premièrement, la contrainte identifiée par ce rapport n'est ni la connaissance médicale ni même l'engagement politique — 96 % des États membres adoptent une politique de santé sexuelle et reproductive, et seulement un quart cite la volonté politique comme obstacle à sa mise en œuvre. La contrainte est l'architecture de mise en œuvre: plans opérationnels chiffrés, mécanismes de coordination fonctionnels, lignes budgétaires dédiées et, surtout, la discipline d'agir sur la base des preuves déjà produites par un pays. Seuls quatorze des trente-quatre États membres disposant de systèmes d'examen des décès peuvent démontrer que les recommandations de l'année précédente ont été mises en œuvre. Ce chiffre unique doit être lu comme l'indicateur central de la gouvernance de la santé maternelle et néonatale sur ce continent, et ce rapport le propose, ainsi que trois autres dérivés de la même manière, comme cadre de responsabilité par lequel les progrès doivent désormais être suivis.

Deuxièmement, ce rapport est publié dans un environnement financier fondamentalement modifié. L'aide au développement pour la santé en Afrique a diminué d'environ 70 % depuis 2021 et ne reviendra pas à son niveau précédent au cours de cette décennie. La réponse stratégique de Africa CDC à cette contraction — soutenir les États membres pour renforcer le financement national de la santé et accueillir le Secrétariat continental pour la mise en œuvre de l'Agenda de Lusaka — est directement informée par les conclusions de financement de ce rapport: que vingt-six États membres reçoivent un financement externe pour la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile sans montrer d'augmentation correspondante des investissements intérieurs, et que l'Afrique importe environ 80 % des produits de santé que ses propres preuves cliniques identifient comme étant les plus urgents. Ces résultats affinent, plutôt que n'adoucissent, l'argument en faveur des priorités locales de fabrication et de mobilisation des ressources nationales que cette institution a déjà adoptées.

Troisièmement, ce rapport établit que des solutions existent déjà sur le continent, développées et démontrées par les États membres eux-mêmes. Il documente, par nom et avec la note de preuve énoncée, des interventions qui ont réduit de manière mesurable la mortalité ou renforcé les systèmes qui la préviennent — le système national de transport d'urgence de la Tanzanie, le pacte de cofinancement intérieur de l'Éthiopie pour les produits de planification familiale, la livraison aérienne de produits sanguins au Rwanda, le paquet d'hémorragie post-partum de première ligne de la Guinée. Le rôle de Africa CDC, clairement exposé à la Section 8 de ce rapport, est de soutenir l'adoption et l'adaptation de ces exemples à travers les États membres, et d'être franc, comme ce rapport, sur lesquels sont directement transférables et qui dépendent de conditions spécifiques au pays qui les a produits.

Quatrièmement, et surtout, ce rapport renforce un point que cette institution a soulevé ailleurs, mais que ces résultats sont désormais directement prouvés: les services de RMNCAH ne peuvent pas être mis en œuvre sous la forme d'un programme vertical venant s'ajouter aux soins de santé primaires — ils constituent précisément la raison d'être de ces derniers. Les consultations prénatales, l'accouchement, les soins postnatals et la vaccination examinés dans ce rapport comptent parmi les points de contact les plus fréquents entre les familles africaines et leurs systèmes de santé, et les analyses de décès rassemblées ici attribuent à maintes reprises la mortalité évitable à des lacunes au niveau des soins primaires et du premier niveau de référence — un signe de danger non détecté dans un poste de santé, une hémorragie non prise en charge avant l'arrivée à l'établissement, un nouveau-né non réanimé parce que l'équipe la plus proche n'était pas équipée pour le faire. Le renforcement des soins de santé primaires n'est donc pas une priorité parallèle à la réduction des décès maternels et néonatals; il s'agit du principal mécanisme permettant de combler le déficit de responsabilité identifié par ce rapport, là où les femmes et les enfants sollicitent effectivement des soins.

Le présent rapport a été élaboré afin d'appuyer le mandat de la Championne de l'Union africaine pour la santé maternelle et infantile, et il doit être considéré comme le fondement technique de ce mandat plutôt que comme un document autonome. Africa CDC s'en servira pour orienter ses propres programmes, pour suivre les indicateurs de responsabilité qu'il propose chaque année, et pour rendre compte à l'Assemblée de la réduction éventuelle de l'écart identifié dans ce rapport — entre les données factuelles déjà générées par les États membres et les mesures prises en conséquence.

Les données probantes rassemblées ici sont d'origine africaine et relèvent de la responsabilité de l'Afrique. La responsabilité de Africa CDC est de veiller à ce qu'elles soient utilisées.

Enfin, je tiens à exprimer ma gratitude à la Division de la santé maternelle, néonatale, infantile et adolescente (MNCAH) et de la santé sexuelle et reproductive (SSR), au sein du Centre des soins de santé primaires de Africa CDC, pour avoir mené ce travail en collaboration avec le Bureau de la Championne de l'UA pour la santé maternelle et infantile ainsi qu'avec le ministère de la Santé de la Tanzanie. L'étape cruciale suivante est de faire avancer ces mêmes preuves et disciplines — hors de la page et dans la mise en œuvre — en tant que moteur technique de la mise en œuvre de la Feuille de route de la Championne de l'UA, afin que ce rapport ne soit pas considéré comme un simple diagnostic, mais comme le moment où la mise en œuvre de la Feuille de route de la Championne de l'UA a véritablement commencé, en s'appuyant sur les données probantes provenant des 55 États membres de l'Union africaine.

1. Résumé exécutif

Pour les chefs d'État et de gouvernement africains, les ministres de la Santé et des Finances, ainsi que l'Assemblée générale des Nations Unies

Ce résumé présente les conclusions d'une analyse documentaire commandée par le responsable de la santé maternelle et infantile de l'Union africaine. Il expose l'ampleur du problème, les méthodes utilisées, les résultats de l'analyse et les conclusions qui en découlent. Les sources de chaque chiffre sont indiquées à l'endroit où elles sont mentionnées dans le corps du rapport.

388	69 %	10×	1 sur 34
Décès maternels pour 100 000 naissances vivantes dans les États membres de l'Union africaine, 2023	Décès maternels dans le monde surviennent dans les États membres de l'Union africaine	Progrès plus rapide nécessaire pour atteindre l'objectif ODD d'ici 2030	États membres analysent les retards, les possibilités d'évitement et agissent en fonction des conclusions

Contexte

La mortalité maternelle et néonatale reste concentrée dans une minorité d'États membres de l'Union africaine. En 2023, on estime que 260 000 femmes sont décédées dans le monde de causes liées à la grossesse et à l'accouchement, dont environ 178 600, soit environ 69 %, sont décédées dans les États membres de l'Union. Le taux de mortalité maternelle entre les États membres était de 388 décès pour 100 000 naissances vivantes, contre une moyenne mondiale de 197. Les États membres comptent également pour environ 1,18 million de décès de nouveau-nés par an, soit 51 % du total mondial.

Les cinquante-cinq États membres de l'Union africaine ne constituent pas un seul groupe épidémiologique. La mortalité maternelle varie de 17 décès pour 100 000 naissances vivantes à 993, et la charge est concentrée par région. L'Afrique de l'Ouest enregistre 682 décès pour 100 000 naissances vivantes et représente 55 % de tous les décès maternels sur le continent africain; L'Afrique centrale enregistre 439 décès pour 100 000 naissances vivantes, l'Afrique de l'Est 260 pour 100 000 naissances vivantes, l'Afrique australe 162 pour 100 000 naissances vivantes et l'Afrique du Nord 50 pour 100 000 naissances vivantes. Quatre des cinq régions réunies représentent 99 % des décès maternels en Afrique. Les agrégats continentaux doivent être consultés en tenant compte de cette concentration.

La mortalité maternelle dans les États membres a diminué de 42 % entre 2000 et 2023, passant de 666 à 388 décès pour 100 000 naissances vivantes. Au taux annuel de réduction observé de 2,4 %, les États membres enregistreront environ 330 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2030, soit près de cinq fois l'objectif de l'objectif de développement durable. Atteindre cet objectif nécessiterait une augmentation d'environ dix fois le taux de déclin. Le ralentissement des progrès a commencé après 2016, plusieurs années avant la récente contraction de l'aide au développement.

Méthodes

Cinq corps de preuves ont été combinés. Premièrement, une revue structurée de 199 rapports nationaux de revue des décès maternels et périnataux ainsi que des documents

connexes couvrant 62 % (34) des États membres, à partir desquels 78 données ont été extraites concernant les causes de décès, les retards ayant contribué à ces décès, leur caractère évitable, ainsi que la question de savoir si chaque rapport rend compte des progrès réalisés par rapport à ses propres recommandations antérieures. Deuxièmement, une évaluation continentale de la politique de santé sexuelle et reproductive et reproductive, de la coordination, du financement, du suivi et de la prestation des services pour 2021-2025, réalisée par les 55 États membres et validée par eux lors de deux ateliers régionaux. Troisièmement, des exemples nationaux d'interventions et de projets à fort impact proposés par les États membres et notés selon la force des preuves. Quatrièmement, la littérature évaluée par des pairs sur la surveillance et la réponse aux décès maternels et périnataux. Cinquièmement, des estimations mondiales publiées de la mortalité maternelle et néonatale.

Les distributions des causes issues des revues nationales de décès ne sont pas comparables entre pays, car les dénominateurs, les systèmes de classification et la couverture des revues diffèrent. Elles sont rapportées ici sous forme de schémas, et ne sont pas utilisées pour classer les États membres.

Conclusions

Cause des décès. L'hémorragie obstétricale est la principale cause enregistrée de décès maternel dans 18 des 25 États membres ayant une répartition quantifiée, soit 72 % d'entre eux. Les troubles hypertensifs sont deuxièmes dans la plupart des cas et sont en hausse dans plusieurs d'entre eux. L'anémie est plus présente dans les revues nationales africaines que dans les estimations mondiales: elle est la première au Niger et représente 70 % des décès maternels indirects en République démocratique du Congo. Chez les nouveau-nés, la prématurité et l'asphyxie intra-partum représentent ensemble environ les trois quarts des décès enregistrés.

Retards (retard dans la décision de chercher des suivis, retards dans les déplacements pour accéder aux soins et retard dans la qualité des soins dans les établissements de santé). À mesure que la fréquentation qualifiée des accouchements s'est accrue, le retard décisif dans un nombre croissant de pays est passé de l'accès à un établissement à la réception de soins adéquats dans un seul. L'Ouganda enregistre une augmentation du retard dans la prise de soins tandis que les deux autres diminuent, et un audit national rwandais de 987 décès attribue des soins en établissement insuffisants à 61,1 % d'entre eux. L'accès reste la contrainte déterminante ailleurs, notamment en République démocratique du Congo.

Caractère évitable. Chaque État membre ayant évalué la question estime que la majorité des décès examinés étaient évitables, dans une fourchette de 58 % à 96 %.

Responsabilité. Sur les 34 États membres dont les rapports d'examen des décès ont été examinés, neuf appliquent le modèle des trois retards sous forme quantifiée, neuf évaluent le caractère évitable des décès et quatorze rendent compte des progrès réalisés par rapport aux recommandations formulées lors des cycles précédents. Il s’agit de groupes de pays très différents, et un seul État membre met en œuvre ces trois approches. Le Nigeria fournit la première évaluation nationale des maillons faibles du cycle: 83,6 % des décès maternels ont été notifiés mais seulement 17,8 % examinés, et pour les décès périnataux 37,1 % et 1,7 % respectivement. La part des décès maternels enregistrés ayant passé l'examen au Nigeria

est passée de 41 % en 2022 à 17 % en 2025, ce qui mesure une détérioration de la surveillance plutôt que de la mortalité.

Systèmes. Quarante-neuf des 55 États membres intègrent les indicateurs de santé reproductive dans le système national d'information sanitaire, 39 ont soumis des données de prestation de services de toute sorte, et 14 ont pu signaler les causes de décès néonatales. Trente-sept déclarent un système fonctionnel d'audit périnatal. Vingt-huit disposent d'une ligne budgétaire dédiée à la santé sexuelle et reproductive, et 26 reçoivent un financement externe sans déclarer d'augmentation des dépenses intérieures.

Financement. L'aide au développement pour la santé en Afrique est passée de 25,8 milliards de dollars US en 2021 à environ 13 milliards de dollars US en 2025. L'Afrique importe environ 80 % de ses produits de santé, y compris 60 % de l'acide tranexamique utilisé dans le traitement de l'hémorragie post-partum, principale cause de décès maternel sur le continent.

Interprétation

Les causes des décès maternels et nouveau-nés en Afrique sont établies, et la grande majorité de ces décès sont jugés évitables par les cliniciens qui les ont examinés. La contrainte déterminante n'est pas la connaissance mais l'achèvement du cycle de réponse: les preuves sont générées, enregistrées, puis non traitées de manière systématique.

Les preuves des essais soutiennent la revue des décès maternels comme faisant partie d'une intervention complexe combinant la revue avec le développement du leadership et la formation clinique. Sous cette forme, elle réduit probablement la mortalité maternelle en hospitalisation dans les hôpitaux de référence de premier niveau et augmente plus clairement la proportion de femmes recevant des soins de haute qualité. Elle ne soutient pas la revue des décès comme une activité autonome. Là où le cycle a été complété à l'échelle nationale, la mortalité a diminué.

Parce que le ralentissement des progrès précède la contraction de l'aide au développement, rétablir seul le financement extérieur ne permettrait pas de rétablir la trajectoire. Les contraintes sont structurelles, et les principales sont sous le contrôle des États membres.

Conclusion

La section 7 présente dix opportunités. Les trois premières — boucler la boucle de la responsabilisation, améliorer le système de notification avant d'améliorer la qualité de l'examen, et adopter des normes de qualité des données avant le prochain appel à données — nécessitent des décisions plutôt que de nouveaux financements et peuvent être mises en œuvre au cours d'un seul mandat de la Championne. Les progrès vers les «trois zéros» de la feuille de route peuvent être évalués dans un cycle politique selon quatre marqueurs intermédiaires, chacun dérivé des preuves déjà produites par les États membres et exposées dans le tableau 1.

Tableau 1. Indicateurs de responsabilité proposés pour le mandat de la Championne et de ses successeurs. Voir la section 7.6.

Indicateur	Référence aujourd'hui	D'ici 2030
Les États membres dont le rapport national d'examen des décès enregistre des progrès par rapport aux recommandations précédentes	14 sur 34	Tous
Décès maternels enregistrés dans les systèmes d'information nationaux qui sont notifiés pour examen	Moins de 30 %	La majorité
Les États membres soumettent des données complètes sur la prestation des services, y compris la cause néonatale de décès	14 sur 55 soumettent des données de causes néonatales; 16 n'en soumettent aucune	Tous
Les États membres disposant d'une ligne budgétaire dédiée à la santé sociale et des dépenses intérieures en hausse en termes réels	28 sur 55 ont une ligne; 18 rapportent une augmentation	Tous

2. Contexte

Ce rapport est produit par les Centres africains de contrôle et de prévention des maladies en soutien au mandat de la Championne de l'Union africaine pour la santé maternelle et infantile. Il expose ce qui tue les mères, nouveau-nés et enfants africains, pourquoi, et ce que le continent sait déjà faire à ce sujet. Il est d'abord rédigé pour les chefs d'État et de gouvernement africains, les ministres de la santé et des finances, ainsi que les responsables des États membres qui devront agir.

2.1 Pourquoi ce rapport et quelles sont les nouveautés

Les rapports sur la mortalité maternelle et infantile en Afrique ne sont pas limités. Ce qui manque, c'est une synthèse continentale qui lise les propres preuves des États membres sur leurs propres décès, à grande échelle, et les compare à ce que ces mêmes États membres rapportent sur leurs politiques, leur financement et leurs systèmes de données.

Ce rapport fait cela pour la première fois. Il regroupe les revues des décès maternels et périnataux produites par 34 États membres (199 documents, examinés en intégralité) avec l'évaluation continentale réalisée par les 55 États membres en 2026 et validée par eux lors d'ateliers régionaux [15]. Les deux corps de preuves répondent à des questions différentes. L'évaluation établit quels systèmes existent. Les revues de décès établissent ce qui arrive aux femmes et aux nouveau-nés à l'intérieur de ces systèmes, quels retards ont contribué, et si les décès ont été jugés évitables. Lus ensemble, ils permettent une conclusion qu'aucun des deux ne soutient seul.

Le rapport est délibérément construit sur des preuves africaines. Les estimations mondiales sont utilisées pour l'échelle, la comparabilité et la tendance, et elles sont indispensables à ces fins. Mais l'explication des raisons pour lesquelles les femmes et les enfants africains meurent se trouve, dans la mesure du possible, des examens que les cliniciens africains et les ministères de la santé réalisent sur eux-mêmes, car ce sont les seuls dossiers qui identifient le sang manquant, l'ambulance absente, le partogramme inutilisé, et la recommandation faite trois ans de suite sans jamais être mise en œuvre.

2.2 Les engagements faisant l'objet de ce rapport

L'Afrique ne manque pas d'engagements continentaux en matière de santé maternelle et infantile. Elle possède, si possible, une architecture exceptionnellement dense de ces disciplines, exposée dans le **tableau 2.1**, et ce rapport est écrit contre cette architecture plutôt qu'à côté d'elle.

Tableau 2.1 Les engagements continentaux et mondiaux par rapport auxquels ce rapport évalue les progrès.

Instrument	Point	À quoi les États membres sont-ils engagés?
Plan d'action de Maputo	2016–2030	Accès universel à des services complets de santé sexuelle et reproductive, structuré autour de dix domaines prioritaires
Stratégie de santé en Afrique	2016–2030	Le cadre du système de santé continental dans lequel s'inscrivent les stratégies nationales
Ordre du jour 2063	2013–2063	Le plan de développement à long terme de l'Union, incluant des citoyens en bonne santé et bien nourris
CARMMA et CARMMA Plus	2009; renforcé 2021–2030	Réduction accélérée de la mortalité maternelle, alignée sur l'Agenda 2063, les ODD et le Plan d'action révisé de Maputo

Instrument	Point	À quoi les États membres sont-ils engagés?
Protocole de Maputo	2003	Les droits des femmes en Afrique, y compris les droits reproductifs
Déclaration d'Abuja	2001	Affectation d'au moins 15 % des dépenses publiques à la santé
Objectifs de développement durable	2015–2030	ODD 3.1: RRM inférieur à 70 pour 100 000. ODD 3.2: mortalité néonatale à 12 pour 1 000 ou moins
Lusaka Agenda	2023	Cinq changements dans le fonctionnement des initiatives de santé mondiale, y compris la catalyse de services de santé durables financés sur le plan national et la coordination de la fabrication régionale. Approuvé par les chefs d'État et de gouvernement de l'UA en février 2024; Africa CDC accueille le Secrétariat continental pour sa mise en œuvre
Feuille de route des champions de l'Union africaine	2026–2030	Zéro décès maternel, zéro décès de nouveau-nés évitables et zéro enfant non vacciné, poursuivis par des systèmes de responsabilité, un financement durable, la fabrication locale de produits de santé et la coordination menée par le pays

Trois observations découlent de ce tableau et façonnent le rapport. Premièrement, les engagements ne sont pas redoutant et ne nécessitent pas de reformulation: les États membres les ont adoptés à plusieurs reprises et récemment. Deuxièmement, ils convergent vers le même petit nombre de résultats mesurables, ce qui rend les progrès évaluables. Troisièmement, le bilan de la performance par rapport à eux est inégal de manière documentée mais rarement rassemblée, seuls trois États membres (Rwanda, Botswana et Cap-Vert) ont atteint l'objectif d'Abuja selon les chiffres les plus récents rapportés, en juillet 2026 [5], et le continent devrait manquer l'ODD 3.1 d'un facteur de cinq [2].

L'Afrique a plus que deux le risque auquel une femme est confrontée en accouchement depuis le tournant du siècle. Elle est également, sur la même période, devenue la région où la grande majorité des décès maternels, nouveau-nés et infantiles dans le monde ont désormais lieu. Ces deux affirmations sont vraies et les maintenir ensemble est le début d'une analyse honnête de la situation. Le continent ne manque pas de progrès. Il progresse trop lentement, à partir d'une base trop élevée, face à une population qui croît plus vite que le système de santé qui le dessert, et ce fait maintenant alors que le financement externe qui soutenait une partie de ces progrès est retiré à une vitesse sans précédent.

2.3 La charge actuelle

En 2023, on estime que 260 000 femmes sont décédées dans le monde de causes liées à la grossesse et à l'accouchement [1]. Environ 178 600 d'entre elles, soit environ 69 % du total mondial, sont décédées dans les États membres de l'Union africaine, ainsi qu'environ 1,18 million de décès de nouveau-nés chaque année [1,3].

Le taux de mortalité maternelle dans les États membres de l'Union africaine s'élevait à 388 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2023, contre une moyenne mondiale de 197 [1]. Une femme accouchant dans un État membre fait donc face à environ deux fois le risque moyen mondial de mourir, et l'écart avec les régions à revenu élevé est encore plus grand. Les agrégats publiés pour la même année sont de 442 pour la région africaine de l'OMS, qui compte quarante-sept membres, et 454 pour l'Afrique subsaharienne, un groupe statistique

des Nations Unies [1,2]; aucun ne correspond à l'adhésion de l'Union, et aucun chiffre n'est utilisé dans ce rapport comme un chiffre continental.

Le fardeau ne se limite pas aux mères. Les États membres de l'Union représentent environ 1,18 million de décès de nouveau-nés par an, soit 51 % du total mondial, calculés sur la même base que les chiffres maternels ci-dessus; le taux de mortalité néonatale dans les États membres est de 25,7 décès pour 1 000 naissances vivantes contre une moyenne mondiale de 17,6 [3]. Les mortinaissances et décès infantiles ne sont pas publiés pour l'adhésion à l'Union: selon les estimations des Nations Unies pour l'Afrique subsaharienne, qui couvre tous les États membres du nord de l'Union, ce groupe représente 47 % des mort-nés dans le monde, enregistre un taux de mort-née de 22,2 pour 1 000 naissances totales contre une moyenne d'Europe occidentale de 2,6, et un taux de mortalité de moins de cinq ans de 71,2 pour 1 000 naissances vivantes, le plus élevé de toutes les régions du monde et dix-huit fois le taux d'Australie et de Nouvelle-Zélande [2,3,4]. La figure 2.1 compare ces parts au total global.

Une distinction traverse l'ensemble de ce rapport et est facilement oubliée. L'Union africaine compte cinquante-cinq États membres; la région africaine de l'OMS en compte quarante-sept; l'Afrique subsaharienne, utilisée par le système statistique des Nations Unies, constitue à nouveau un troisième groupe. Ils ne sont pas interchangeables. Chaque chiffre continental de ce rapport concerne les États membres de l'Union et est calculé à partir des estimations au niveau des pays dans la série de mortalité maternelle des Nations Unies pour les années 2000 à 2023 en additionnant les décès maternels et les naissances vivantes entre les États membres; appliquée aux propres groupes africains de la Banque mondiale, la même méthode reproduit exactement ses agrégats publiés. Des estimations sont disponibles pour cinquante-quatre États membres; aucune n'est publiée pour la République arabe sahraouie démocratique. Lorsqu'un chiffre ne pouvait être obtenu que pour un autre groupement, ce groupe est nommé là où le chiffre est donné.

La charge n’est pas uniforme à l’échelle du continent. Les cinq régions de l’Union africaine présentent des écarts supérieurs à un facteur de treize: l'Afrique de l'Ouest enregistre 682 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, l'Afrique centrale 439, l'Afrique de l'Est 260, l'Afrique australe 162 et l'Afrique du Nord 50. L'Afrique de l'Ouest seule représente 55 % de tous les décès maternels dans les États membres, et les quatre régions, autres que l'Afrique du Nord, en représentent 99 %. Cinq États membres, le Nigeria, la République démocratique du Congo, l'Éthiopie, la République unie de Tanzanie et le Tchad, représentent 64 % des décès maternels de l'Union, et le Nigeria seul 42 %. Cela a deux conséquences sur l'utilisation du rapport. Lorsqu'il parle du fardeau, des causes de décès et du rythme du progrès, il décrit les régions d'Afrique de l'Ouest, central, de l'Est et austral, et l'analyse ainsi que les opportunités des sections 6 et 7 s'adressent principalement aux États membres de ces quatre régions. Lorsqu'il parle de politiques, de financements et de systèmes de données, il décrit les cinquante-cinq membres, car l'évaluation continentale a atteint les cinquante-cinq et parce que les faiblesses qu'elle identifie en matière de responsabilité et de mesure ne se limitent pas aux États membres ayant la mortalité la plus élevée. Les États membres nord-africains apparaissent moins comme une partie du problème que comme une source de pratique transférable et comme des participants au travail normatif continental proposé par la Section 7.

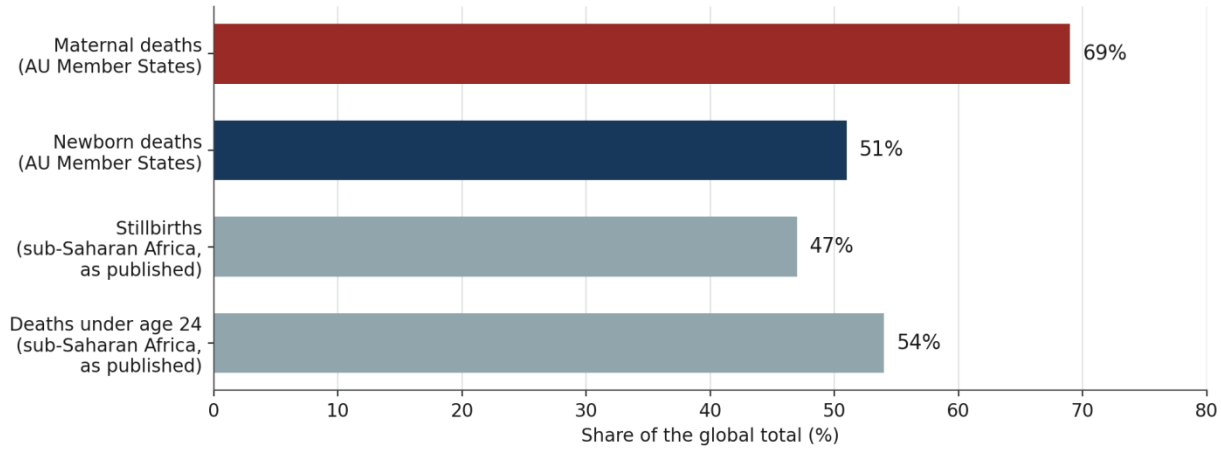


Figure 2.1 La part de l'Afrique dans la charge mondiale. Sources: ONG MMEIG (2025); IGME des Nations Unies (2025). Les parts maternelles et nouveau-nées sont calculées entre les États membres de l'Union africaine à partir d'estimations au niveau des pays. Les parts de la mortinaissance et des moins de 24 ans sont publiées uniquement pour l'Afrique subsaharienne et sont indiquées sur cette base.

Le fardeau se déplace vers l'Afrique, pas vers elle

La part de l'Afrique dans les décès mondiaux chez les enfants, adolescents et jeunes jusqu'à 24 ans est passée de 38 % en 2000 à 54 % en 2024 [3]. Ce changement reflète trois facteurs simultanément: une croissance rapide de la population, des taux de déclin plus lents que la moyenne mondiale, et la persistance des causes évitables que d'autres régions ont largement traitées.

Sur les trajectoires actuelles, on estime que 16,8 millions d'enfants africains mourront avant leur cinquième anniversaire d'ici 2030 [3]. La part continentale du fardeau mondial devrait donc continuer d'augmenter même si les taux de mortalité africaine continuent de baisser.

2.4 Le rythme de progrès et l'ampleur de l'écart

Entre 2000 et 2023, la mortalité maternelle dans les États membres de l'Union africaine a chuté de 42 %, passant de 666 à 388 décès pour 100 000 naissances vivantes [1]. C'est une réalisation substantielle, accomplie sur une période marquée par une pandémie, et il faut l'exprimer clairement avant que la difficulté ne soit décrite.

La difficulté est une question de rapidité. Le taux annuel observé de réduction entre 2000 et 2023 était de 2,4 %. À ce rythme, les États membres enregistreront environ 330 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2030, soit près de cinq fois l'objectif ODD de moins de 70. Pour atteindre cet objectif, il faudrait que le taux annuel de réduction augmente d'environ dix fois. À l'échelle mondiale, le tableau est similaire: le taux de mortalité maternelle n'a diminué que de 1,5 % par an depuis 2016, un ralentissement marqué par rapport à la période précédente [1]. La figure 2.2 montre la distance résultante entre la trajectoire actuelle et l'objectif.

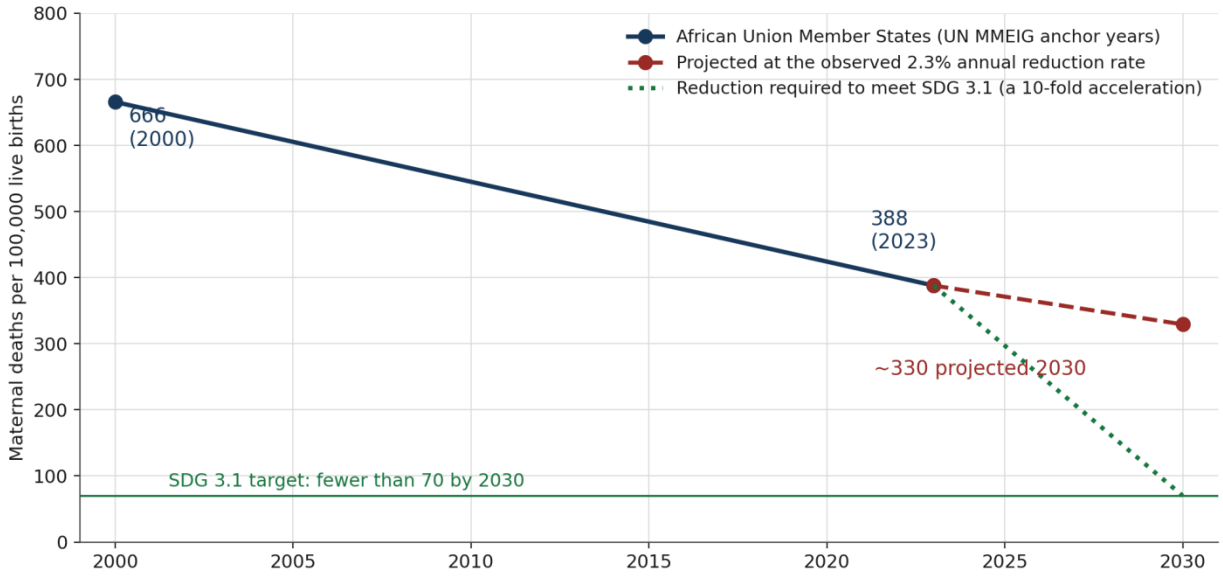


Figure 2.2 Mortalité maternelle dans les États membres de l'Union africaine par rapport à l'objectif ODD 3.1. Seules les années d'ancrage du MMEIG de l'ONU 2000 et 2023 sont tracées comme points de données observés. Source: MMEIG de l'ONU (2025), estimations au niveau des pays agrégées entre les États membres.

Le tableau des nouveau-nés suit le même schéma. Les taux de mortalité de la mortinaissance et des néonatals en Afrique ont diminué respectivement de 30 % et 33 % entre 2000 et 2023, mais le continent devrait enregistrer un taux de mortalité néonatale environ deux fois le double de l'objectif de l'ODD 3,2 de 12 décès ou moins pour 1 000 naissances vivantes d'ici 2030 [2]. Sur les 27,3 millions de décès de moins de cinq ans projetés dans le monde entre 2025 et 2030, près de 13 millions devraient survenir durant la période néonatale [3].

L'observation la plus importante de cette section est que le ralentissement précède le choc financier actuel. Les progrès qui avaient réduit les décès maternels et enfants d'environ 40 % depuis le début des années 2000 ont fortement ralenti après 2016, plusieurs années avant les réductions de l'aide au développement décrites à la Section 2.7 [5]. Les causes de ce ralentissement sont donc structurelles plutôt que seulement financières, et ne seront pas inversées uniquement par la restauration du financement externe.

La moyenne continentale cache également un succès réel. Huit États membres ont déjà atteint l'objectif de l'ODD 3,1 de moins de 70 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes: Égypte (17), Tunisie (36), Cap-Vert (40), Seychelles (42), Libye (59), Algérie (62), Maurice (66) et Maroc (70). Six autres sont à moins du double de l'objectif, à 140 ou moins: São Tomé-et-Príncipe (75), Zambie (85), Mozambique (99), Eswatini (118), Afrique du Sud (118) et Namibie (139). Quatorze des cinquante-quatre États membres pour lesquels des estimations existent sont donc égaux ou inférieurs à 140, et incluent des États membres de quatre des cinq régions de l'Union africaine. Ce que le continent doit accomplir a déjà été accompli en son sein.

2.5 Les causes de la mortalité maternelle et néonatale

La situation mondiale est sans ambiguïté. La dernière analyse systématique de l'OMS sur les causes de décès maternels, couvrant 2009 à 2020, a révélé que l'hémorragie est la principale cause mondiale avec 27 % des décès, la proportion la plus élevée en Afrique

subsaharienne ainsi qu'en Asie occidentale et en Afrique du Nord [6]. Les troubles hypertensifs suivent. Ensemble, ces deux causes ont représenté environ 80 000 et 50 000 décès respectivement en 2020 [7]. D'autres affections telles que les maladies infectieuses et chroniques, dont le VIH, le paludisme, l'anémie et le diabète, sous-tendent près d'un quart de tous les décès maternels [6]. **La figure 2.3** présente la répartition mondiale.

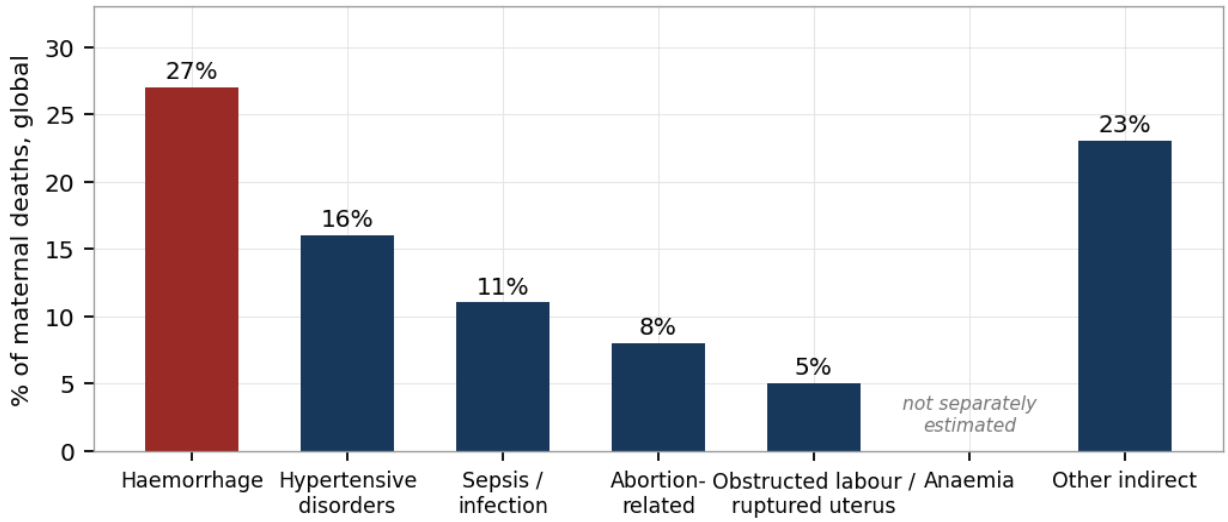


Figure 2.3 Distribution mondiale des causes de décès maternel, 2009–2020. L'anémie n'est pas estimée séparément dans l'analyse mondiale mais est enregistrée comme une cause principale par plusieurs systèmes de revue nationaux africains (voir Section 6). Source: analyse systématique de l'OMS, Lancet Global Health (2025).

L'évaluation de l'OMS pour sa région africaine cite les principales causes comme l'hémorragie, les troubles hypertensifs, les infections, l'avortement dangereux et le travail obstrué; chacune d'elles, comme le note la Région elle-même, est largement évitable ou traitable grâce à un accès rapide à des soins de qualité [2]. Chez les nouveau-nés, les principales causes sont la naissance prématurée, les complications lors de l'accouchement, la septicémie et d'autres infections néonatales, ainsi que les anomalies congénitales [2].

La section 6 du présent rapport teste cette vision globale par rapport à ce que les pays africains enregistrent dans leurs propres évaluations de décès. Les deux sont globalement cohérents sur l'hémorragie, et divergent de manière instructive ailleurs, notamment sur l'anémie, sur le poids des causes indirectes dans les milieux à forte prévalence du VIH, et sur la proportion de décès pour lesquels aucune cause n'est enregistrée.

2.6 La couverture a augmenté mais la qualité n'a pas suivi le rythme

La couverture des services s'est nettement améliorée. Plus de 60 % des pays africains rapportent désormais que plus de 80 % des naissances sont assistées par du personnel de santé qualifié, contre seulement 28 % en 2010 [2]. C'est l'une des avancées les plus nettes de l'ère des ODD et cela explique une part substantielle de la baisse de mortalité décrite ci-dessus.

La couverture n'est cependant pas la même chose que les soins. Les progrès varient fortement selon les pays, les zones rurales et touchées par la crise continuant de faire face à des pénuries aiguës [2]. Et la conclusion centrale des revues nationales des décès analysées à la Section 6 est que, dans un nombre croissant de pays, le délai décisif consiste à ne plus atteindre un établissement mais à recevoir des soins adéquats après l'arrivée.

L'OMS identifie les principaux obstacles à de nouveaux progrès comme un financement insuffisant, une gouvernance faible, des pénuries de main-d'œuvre en santé et des chocs récurrents tels que les épidémies et les conflits, les femmes et les enfants dans des milieux fragiles et affectés par la crise étant particulièrement à risque [2].

2.7 Le choc financier

Le contexte dans lequel ce rapport est rédigé diffère fondamentalement de celui de toute évaluation continentale récente. L'aide au développement pour la santé en Afrique est passée de 25,8 milliards de dollars US en 2021 à 19,9 milliards de dollars US en 2022, puis à environ 13 milliards de dollars US en 2025, soit une baisse d'environ 70 % sur la période [8]. Rien qu'en 2025, l'aide publique au développement a chuté de 23 %, la plus forte réduction annuelle jamais enregistrée, avec une nouvelle baisse prévue pour 2026; l'aide à la santé en particulier a chuté de 21 %, et l'Afrique a absorbé les pertes les plus importantes de toutes les régions avec 25 % [5]. La figure 2.4 montre l'ampleur de la contraction et la composition des dépenses de santé qui doivent l'absorber.

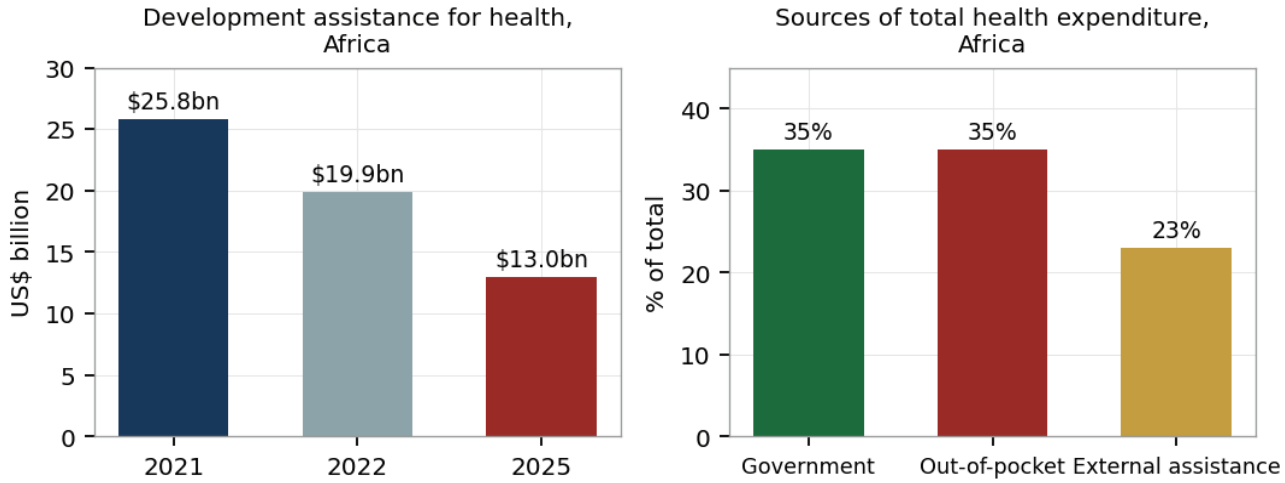


Figure 2.4 Le contexte du financement. Sources: Africa CDC, «Africa's Health Financing in a New Era» (2025); PMNCH et Commission de l'Union africaine, Abidjan (juillet 2026).

Les conséquences pèsent de manière disproportionnée sur les services concernés par ce rapport. Les soins maternels, la santé néonatale, la planification familiale et les services à l'adolescent figurent parmi les composantes les plus chroniquement sous-financées de tout budget santé et constituent généralement la première ligne à couper lorsqu'une subvention se contracte ou qu'un donateur se retire [8]. Une enquête auprès des organisations membres du PMNCH a révélé que près de 90 % avaient été directement touchés par les réductions de financement et plus de 60 % avaient déjà été contraints de réduire les programmes, de manière disproportionnée en santé communautaire ainsi que dans la santé sexuelle et reproductive, les services qui touchent d'abord les femmes et les adolescents [5]. La modélisation du retrait de l'aide américaine de six pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre prévoit une augmentation d'environ 45 % de la mortalité maternelle parmi les populations dans le besoin humanitaire en 2025, correspondant à plus d'un millier de décès supplémentaires [9].

Le financement intérieur n'a pas comblé ce manque et est lui-même contraint. À travers l'Afrique, les gouvernements représentent environ 35 % des dépenses totales de santé, l'aide extérieure environ 23 % et les paiements de leur poche environ 35 % [8]. Cela signifie

que plus d'un tiers du coût des soins repose encore directement sur les ménages au point d'utilisation, la plus grande barrière financière entre une femme et les soins dont elle a besoin. Selon les chiffres les plus récents rapportés, en juillet 2026, seuls trois États membres (Rwanda, Botswana et Cap-Vert) ont atteint l'objectif d'Abuja d'allouer 15 % des dépenses publiques à la santé [5], et dans quatre pays sur dix, les gouvernements dépensent désormais plus pour le service de la dette que pour la santé et l'éducation réunies [5].

Une vulnérabilité liée est la fabrication. L'Afrique importe environ 80 % de ses produits de santé, y compris 60 % de l'acide tranexamique utilisé pour contrôler les hémorragies post-partum (HPP). L'HPP est la principale cause de décès maternel sur le continent [5]. La principale vulnérabilité clinique du continent et sa principale vulnérabilité dans la chaîne d'approvisionnement sont, dans ce cas, la même chose.

La réponse à cette contraction est déjà en train de se concrétiser, et il ne s'agit pas principalement d'une recherche de nouveaux donateurs. Les gouvernements africains et les institutions continentales poursuivent des taxes sanitaires réservées, une réforme de l'assurance nationale, la conversion de la dette, des instruments régionaux regroupés et des facilités de liquidité pour l'achat de matières premières. Africa CDC a établi un plan en deux phases: mettre à jour les plans nationaux de financement de la santé dans 30 pays et tester des mécanismes de revenus innovants jusqu'en 2026, puis soutenir au moins 20 pays à financer 50 % ou plus de leurs budgets de santé à partir de sources nationales durables d'ici 2030 [36]. La section 8.7 évalue ce que montrent les preuves sur chacun de ces mécanismes, et la section 7.4 définit ce qui suit spécifiquement pour la santé maternelle et néonatale.

2.8 L'architecture politique à l'échelle du continent

L'Afrique ne manque pas de cadres. Le Plan d'action de Maputo 2016–2030 constitue l'instrument continental pour l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive, structuré autour de dix domaines prioritaires [10]. La Stratégie de santé africaine révisée 2016–2030 et l'Agenda 2063 définissent l'architecture plus large de santé et de développement dans laquelle elle s'inscrit [10,11]. La Campagne pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle en Afrique, lancée en 2009 sous le thème "L'Afrique s'en soucie: aucune femme ne doit mourir en donnant la vie", a été renforcée en CARMMA Plus pour la période 2021–2030, explicitement alignée sur l'Agenda 2063, les ODD, la Stratégie de santé africaine révisée et le Plan d'action révisé de Maputo [12,13]. Ces projets s'inscrivent aux côtés des ODD 3.1 et 3.2, de la Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents 2016–2030, et du Protocole de Maputo sur les droits des femmes.

À cette architecture continentale doit s'ajouter l'Agenda de Lusaka, adopté en décembre 2023 comme conclusion du processus Future of Global Health Initiatives et approuvé par les chefs d'État et de gouvernement de l'Union africaine en février 2024 [43]. Il s'adresse aux initiatives de santé mondiale elles-mêmes et appelle à cinq évolutions, dont deux concernent directement ce rapport: catalyser des services de santé durables financés sur le pays, et coordonner les approches des produits, de la recherche et du développement et de la fabrication régionale. Africa CDC accueille le Secrétariat continental pour sa mise en œuvre, avec un cadre de responsabilité attaché [43]. L'importance de ce qui suit est que la transition de financement décrite à la Section 2.7 n'est pas seulement une nécessité budgétaire imposée au continent depuis l'extérieur; c'est une norme que les dirigeants

africains ont eux-mêmes adoptée et contre laquelle les partenaires externes peuvent légitimement être tenus responsables.

L'évaluation continentale rapportée à **la Section 5** révèle que cette architecture se reflète désormais dans la politique nationale presque partout: la grande majorité des États membres déclarent avoir une politique ou une stratégie de SSR en place, et la plupart l'ont adoptée ou révisée au cours des cinq dernières années. Les contraintes déterminantes identifiées par les États membres se situent en aval de la politique, dans des plans opérationnels chiffrés, des mécanismes de coordination, des lignes budgétaires dédiées et les systèmes de données nécessaires pour savoir si tout cela fonctionne.

Le leadership politique au plus haut niveau est le mécanisme choisi par l'Union africaine pour combler cet écart. La nomination de Son Excellence Samia Suluhu Hassan, Présidente de la République unie de Tanzanie, en tant que Championne de l'UA pour la santé maternelle et infantile ainsi que pour la santé et les droits sexuels et reproductifs (approuvée lors de la 39e session ordinaire de l'Assemblée) place la coordination et la mobilisation des efforts des États membres au niveau des chefs d'État [14]. La feuille de route de la Championne fixe trois objectifs selon lesquels sont rédigés les Sections 7 et 8 de ce rapport: zéro décès maternel, zéro décès de nouveau-nés évitables et zéro enfant non vacciné, et les aborde à travers quatre axes: les systèmes de responsabilisation, le financement durable, la fabrication locale de produits de santé et la coordination menée par les pays [34]. La Déclaration ministérielle adoptée lors du Comité technique spécialisé en octobre 2025, ainsi que les mécanismes de responsabilité avancés lors de la session d'Abidjan du Comité en juillet 2026, fournissent la structure intergouvernementale par laquelle ce leadership est exercé [5]. La session extraordinaire de l'Assemblée des chefs d'État et de gouvernement à Accra a placé la santé maternelle parallèlement à la lutte contre le sida et la tuberculose dans l'agenda sanitaire le plus élevé de l'Union [35].

2.9 Structure du rapport

La section 1 résume les conclusions et les actions qui en découlent. Cette section, **section 2,** établit la situation: la charge, sa répartition entre les cinq régions de l'Union, le rythme des progrès par rapport aux objectifs adoptés par le continent, le choc financier qui remodèle désormais l'environnement opérationnel, et les engagements selon lesquels les progrès sont jugés. **La section 3** énonce les objectifs. **La section 4** expose les méthodes et les limites qui encadrent chaque conclusion. **La section 5** présente l'évaluation continentale des 55 États membres. La **section 6** synthétise ce que montrent les propres examens de décès des États membres concernant les causes et les facteurs de mortalité maternelle et néonatale et teste ces résultats par rapport à l'évaluation. **La section 7** identifie les opportunités qui en résultent, et **la section 8** encadre les obstacles et les exemples pays fondés sur des preuves face aux éléments fondamentaux du système de santé de l'OMS. **L'annexe 1** fournit un profil pour chaque État membre; **L'annexe 2** présente les exemples nationaux dans leur intégralité.

Pris ensemble, la position énoncée ci-dessus définit ce que ce rapport doit établir. La charge est importante, concentrée dans quatre des cinq régions de l'Union, et elle tombe trop lentement pour atteindre l'objectif fixé par le continent. La couverture des soins a augmenté sans amélioration correspondante des résultats, ce qui indique la qualité des soins plutôt que l'accès comme contrainte déterminante dans un nombre croissant d'États membres. Le

financement dont dépend une grande partie de la réponse existante a fortement diminué et ne reviendra pas à son niveau précédent dans cette décennie. Et les engagements continentaux contre lesquels les progrès sont jugés sont nombreux, récents et largement non respectés. Ce qui n'est pas établi par tout cela, c'est pourquoi les femmes et les nouveau-nés meurent dans certains États membres, ou ce qui a déjà été démontré comme étant efficace pour ces causes spécifiques. Répondre à ces deux questions nécessite des preuves que les estimations mondiales ne peuvent fournir: les examens que les États membres africains effectuent sur leurs propres décès, et les comptes rendus par les États membres de leurs propres systèmes. L'analyse que ce rapport entreprend est de rassembler et de lire ces deux éléments de preuves l'un contre l'autre.

3. Objectifs

Ce rapport a été commandé pour répondre à une seule question: quelles sont les causes et les facteurs de mortalité maternelle et infantile en Afrique, et qu'est-ce qui a déjà été démontré comme étant contraire à elles? Aucun objectif formel n'a été fixé au départ. Ils sont exposés ici, issus de cette question et correspondant aux méthodes et aux résultats qui en découlent.

Premièrement, établir le fardeau actuel de la mortalité maternelle, néonatale et infantile dans les États membres de l'Union africaine, sa répartition entre les cinq régions de l'Union, et le rythme auquel elle évolue par rapport aux objectifs adoptés par le continent (Section 2, issue des estimations des Nations Unies au niveau des pays).

Deuxièmement, décrire la politique, la coordination, le financement, le suivi et la prestation de services de chaque État membre, tel que les États membres eux-mêmes le rapportent (Section 5, tirée de l'évaluation continentale).

Troisièmement, déterminer ce que les propres revues des décès maternels et périnataux des États membres enregistrent concernant les causes de ces décès, les retards qui y ont contribué, et combien d'entre eux étaient jugés évitables (Section 6, de la bibliothèque des revues de décès).

Quatrièmement, interpréter ces deux éléments de preuves l'un contre l'autre pour identifier les défaillances systémiques qui les relient, et tester si le continent agit sur la base des preuves déjà produites (sections 6.5 à 6.8).

Cinquièmement, identifier les opportunités qui suivent et documenter les interventions déjà mises en œuvre par les gouvernements africains contre ces causes, ainsi que la solidité des preuves pour chacune (sections 7 et 8, et annexe 2).

4. Méthodes

Ce rapport répond à une seule question: **quelles sont les causes et les facteurs de mortalité maternelle et infantile en Afrique?** Il le fait en rassemblant cinq corps de preuves qui n'avaient pas encore été lus les uns contre les autres; les revues de mortalité que les pays africains réalisent sur eux-mêmes, l'évaluation continentale des politiques et de la prestation de services réalisée par les États membres en 2026, les estimations mondiales produites par les agences des Nations Unies, la littérature évaluée par les pairs, et les délibérations des États membres lors des ateliers régionaux de validation des politiques tenus en juillet 2026. La méthode est délibérément orientée vers la première de ces méthodes, pour la raison exposée à la fin de la Section 2.

4.1 Cadres analytiques

Trois cadres analytiques structurent l'analyse, chacun choisi parce qu'il est déjà utilisé par les États membres et fournit donc un langage commun entre ce rapport et les systèmes qu'il décrit.

Le modèle des trois délais (Thaddeus et Maine) situe les causes d'un décès maternel dans la séquence d'événements qui le précèdent: le délai dans la décision de se faire soigner, le délai dans l'arrivée dans un établissement, et le délai dans la réception de soins adéquats

une fois sur place. C'est le cadre le plus largement appliqué dans les revues des décès maternels africains, et il a la vertu analytique de distinguer les problèmes de demande, d'accès et de qualité, qui nécessitent des réponses totalement différentes [17].

Les éléments fondamentaux du système de santé de l'OMS, la prestation de services, la main-d'œuvre en santé, les systèmes d'information en santé, l'accès aux médicaments et technologies essentiels, le financement, ainsi que le leadership et la gouvernance, organisent l'analyse des facteurs et des interventions qui y répondent. Les éléments constituent un vocabulaire commun entre les ministères de la santé et les ministères des finances et de la planification, et ils rendent visible une constatation qui se répète tout au long de ce rapport: aucune intervention unique ne réussit seule [16].

Le continuum de soins, de la grossesse à l'accouchement, jusqu'à la période du nouveau-né et de l'enfance, est utilisé pour garantir que les résultats maternels, mortinaissances, nouveau-nés et enfants soient analysés comme des phénomènes connectés plutôt que séparés. Lorsque les données probantes justifient, le cadre Mettre fin à la mortalité maternelle évitable (EPMM) et son accent sur la qualité, l'équité et la dignité sont appliqués parallèlement à ces événements [18].

4.2 Sources de données

Cinq courants de preuves ont été utilisés et sont résumés dans le **tableau 4.1**. Chacun est référencé au point d'utilisation tout au long de ce rapport. La bibliothèque d'évaluation continentale et d'évaluation des décès ont, toutes deux, été fermées au nouveau matériel le 30 juillet 2026; les soumissions reçues après cette date seront prises en compte dans la prochaine révision. L'évaluation continentale de Africa CDC et les ateliers de validation des politiques régionales sont décrits en détail à la **Section 5** [15].

Les 55 États membres ont tous répondu à l'évaluation continentale. Son contenu a continué de s'améliorer après les premiers résultats: dix États membres (Bénin, Burkina Faso, République centrafricaine, Gambie, Guinée, Maroc, Nigeria, Sénégal, Afrique du Sud et Tunisie) ont soumis ou revalidé onze outils nationaux de collecte de données pendant et immédiatement après l'atelier de Cotonou, et sept autres (Burkina Faso encore, Cameroun, République démocratique du Congo, Gabon, Mali, Mozambique et São Tomé-et-Prince) ont soumis des outils pays entre juin et septembre 2026, Gabon et Mozambique pour la première fois, et ces outils ont la priorité sur les résultats d'enquêtes antérieurs car ils sont l'instrument validé par l'État membre lui-même. L'effet se concentre dans le module de prestation de services plutôt que dans les réponses politiques: les États membres ne soumettant aucune donnée de prestation de services sont passés de 19 à 16, et la complétude des données nord-africaines a plus que doublé. Trois rapports nationaux d'examen des décès (du Cameroun, du Maroc et d'Afrique du Sud) ont été ajoutés à la bibliothèque en juillet 2026, et cinq documents supplémentaires (le rapport national 2025 de la République démocratique du Congo, deux rapports nationaux nigérians du MPCDSR et deux instruments mozambicains) en septembre 2026.

Développement de l'outil d'évaluation et de la procédure de collecte des données

L'évaluation continentale qui sous-tend ce rapport n'a pas été commandée depuis l'extérieur du continent et lui a été renvoyée. Elle a été conçue, déployée et suivie jusqu'à

son achèvement par des institutions africaines travaillant avec et via les États membres eux-mêmes.

L'outil d'évaluation a été développé conjointement par la Division de Africa CDC pour la santé maternelle, néonatale, infantile et adolescente (RMNCAH) et pour les droits et santé sexuels et reproductifs (DSSR) et le ministère de la Santé de la République unie de Tanzanie, s'appuyant sur l'expérience de la Tanzanie en tant qu'État membre ayant exploité l'un des systèmes de surveillance SRMNCAH les plus avancés du continent. Ce partenariat était délibéré. Un instrument élaboré de manière isolée par une institution continentale risque de mesurer ce que les technocrates considèrent comme important; un instrument coconçu avec un ministère d'un État membre, qui a vécu avec ces indicateurs dans ses propres cycles budgétaires et réunions de coordination, mesure ce qu'un gouvernement doit réellement savoir pour agir.

Le déploiement était tout aussi délibéré dans sa structure. La Division pour la Santé maternelle, néonatale, infantile et adolescente (RMNCAH) et pour les droits et la santé sexuels et reproductifs (DSSR) n'a pas administré cette évaluation de manière centrale à cinquante-cinq États membres ni n'a attendu les retours. Elle a travaillé directement et par l'intermédiaire des cinq Centres Régionaux de Collaboration (CRC) de Africa CDC, dont la base régionale a permis à l'exercice la proximité et le suivi qu'un seul bureau continental n'aurait pu maintenir seul, et en partenariat avec le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile (PMNCH), le Réseau mondial de leadership (GLN), la Communauté de la santé d'Afrique de l'Est, centrale et australe (ECSA) et Pathfinder International. Chaque partenaire apportait un avantage comparatif distinct: expertise technique dans des domaines spécifiques de la SRMNCAH, relations durables avec les ministères de la santé bâties au fil de plusieurs années de programmes pays, et la capacité de convocation pour réintégrer les États membres lorsque les déclarations étaient incomplètes ou nécessitaient une validation.

Cette combinaison est la raison pour laquelle ce rapport peut revendiquer ce que peu d'évaluations continentales peuvent faire: une réponse de la part des cinquante-cinq États membres de l'Union africaine, avec des résultats suivis activement plutôt que collectés passivement. Lorsqu'une soumission initiale était incomplète, les RCC et partenaires ont travaillé avec l'État membre concerné pour la compléter. Lorsque la soumission nécessitait une clarification ou une correction, les ateliers régionaux de validation de politiques à Nairobi et Cotonou ont offert un forum aux États membres pour réviser leurs propres données en dialogue avec les partenaires techniques et entre eux.

Ce n'est pas une simple note de bas de page à la méthode du rapport. C'est la raison pour laquelle la conclusion centrale du rapport est crédible: que la contrainte à la survie maternelle et des nouveau-nés en Afrique n'est pas l'absence d'engagement politique, mais une lacune dans l'architecture de mise en œuvre. Cette conclusion n'a pu être établie en toute confiance que parce que l'évaluation a atteint chaque État membre, a été suivie jusqu'à ce que chaque État membre ait répondu aussi complètement que possible, et a été

validée par les États membres eux-mêmes plutôt que d'être affirmée à leur sujet depuis l'extérieur.

Tableau 4.1 Flux de preuves utilisés dans ce rapport.

Flux de données probantes	Ce qu'il apporte	Sources principales
Revues nationales des décès maternels et périnataux	La seule source qui identifie pourquoi certaines femmes et nouveau-nés sont décédés, quels retards ont contribué, et si le décès était évitable	MPDSR, MDSR, SDMR et rapports d'enquête confidentielle (ENCMM) produits par les États membres de l'UA
Évaluation continentale de Africa CDC 2026	Statut actuel des cadres juridiques et de la politique, coordination, financement, suivi et juridique de la SRMNCAAH, ainsi que des données de prestation de services rapportées 2021–2025	Enquête continentale de Africa CDC, les 55 États membres de l'UA
Ateliers régionaux de validation des politiques	Validation et correction par les États membres des données d'évaluation, ainsi que des comptes rendus par pays de ce qui a fonctionné	Nairobi, 8–10 juillet 2026; Cotonou, 29–31 juillet 2026
Nations Unies et estimations mondiales	Estimations modélisées comparables des niveaux et tendances de la mortalité, ainsi que la répartition mondiale des causes	UN MMEIG; UN IGME; OMS; UNICEF; UNFPA; Banque mondiale; UNDESA
Littérature évaluée par des pairs et de langue noire	Analyse indépendante des causes, de la performance des systèmes de surveillance et de l'effet des interventions	Revues indexées; Compte à rebours jusqu'en 2030; Profils pays EWENE; Reportage CARMMA

4.3 Examen des rapports nationaux sur la mortalité maternelle et périnatale

Le cœur de la méthode est une revue structurée des rapports de mortalité produits par les pays africains eux-mêmes. Une revue de cadrage des rapports nationaux de revue des décès maternels et périnataux publiés depuis 2000 a été réalisée pour l'assembler. Une bibliothèque de 199 documents détenue par la Division de Africa CDC pour la santé maternelle et reproductive, couvrant 34 États membres de l'UA, a été rassemblée et examinée intégralement [15]. Des documents ont été sollicités auprès des ministères de la santé des États membres et des instituts nationaux de santé publique, des dépôts de Africa CDC et de l'OMS, ainsi que de la littérature évaluée par des pairs.

Extraction

Chaque document a été examiné par l'équipe de rapport. Deux rapports numérisés ont été récupérés grâce à la reconnaissance optique de caractères, et une archive compressée a été étendue, de sorte qu'aucun document de la bibliothèque n'a été exclu pour des raisons techniques. Les résultats des candidats ont ensuite été localisés systématiquement sur l'ensemble du corpus en utilisant un vocabulaire contrôlé couvrant les causes de décès, les trois retards, la possibilité d'éviter et les soins de qualité inférieure, ainsi que les recommandations. Chaque passage candidat a été lu dans son contexte et enregistré manuellement sur un schéma structuré.

Ce qui a été enregistré

Pour chaque rapport, les éléments suivants ont été enregistrés lorsque cela existait: la période de rapport et le niveau géographique; le nombre de décès notifiés, examinés ou audités; la répartition des causes de décès maternel et, séparément, des décès périnataux et néonataux; la répartition entre causes directes et indirectes; la répartition des retards contributifs; la proportion de décès jugés évitables ou associés à des soins insuffisants; le ratio de mortalité maternelle rapporté et sa source; et si le rapport suivait les progrès par rapport aux recommandations formulées lors des cycles précédents. Chaque chiffre enregistré porte le nom du document dont il provienne.

Vérification

La base de preuves résultante contient 78 dossiers structurés répartis dans les 34 dossiers pays. Trente-sept chiffres principaux (sélectionnés pour couvrir chaque pays disposant de données substantielles et chaque catégorie de résultats) ont été vérifiés indépendamment par rapport au texte source (tous correspondants), et les chiffres ajoutés en septembre 2026 ont été vérifiés de la même manière. La base de preuves est publiée comme cahier d'exercices complémentaire à ce rapport afin que tout chiffre utilisé ici puisse être retracé jusqu'à son document source.

Pourquoi les évaluations nationales des décès sont considérées comme la source principale

Les estimations mondiales modélisées sont indispensables pour établir l'ampleur de la charge et comparer pays et régions, mais elles ne sont pas conçues pour expliquer les décès individuels. Elles ne peuvent pas identifier qu'une femme est morte parce qu'un hôpital de district n'avait pas de sang, parce qu'une ambulance n'avait pas de carburant, ou parce qu'un partogramme n'a pas été utilisé.

Les systèmes de surveillance et de réponse aux décès maternels et périnataux sont conçus pour répondre précisément à ces questions, et ils appartiennent et sont gérés par les États membres eux-mêmes. Lorsque ces systèmes fonctionnent, ils ne produisent aucune autre source de preuves. Là où ce n'est pas le cas, cette absence est elle-même une constatation, et est rapportée comme telle à la Section 6.

4.4 Évaluation de la qualité des rapports et des systèmes

Parce que la qualité du système d'évaluation des décès d'un pays détermine la qualité des preuves qu'il produit, chaque rapport national a également été évalué comme un instrument de responsabilité plutôt que comme une source de données. Trois attributs ont été enregistrés.

- Le rapport applique-t-il le modèle des trois retards, ou un cadre équivalent, pour analyser les facteurs contributifs plutôt que de se contenter d'énumérer les causes cliniques?
- Le rapport évalue-t-il le caractère évitable des décès ? Cela signifie-t-il qu'il se prononce sur les décès qui auraient pu être évités et sur les mesures qui auraient permis de les éviter?
- Le rapport assure-t-il un suivi des progrès réalisés par rapport aux recommandations formulées lors des cycles précédents, bouclant ainsi la boucle de "réponse" qui donne son nom au MPDSR ?

Les recommandations ont également été examinées pour déterminer si elles sont spécifiques, mesurables, attribuées à un acteur responsable, dotées de ressources et limitées dans un temps. Cette évaluation est rapportée à la **Section 6** aux côtés des

conclusions substantielles, car la force de la boucle de responsabilité s'avère être l'un des déterminants les plus clairs de la baisse de la mortalité.

4.5 Identification et classement des pays modèles

Les sections 7 et 8 présentent les interventions utilisées par les États membres africains pour relever les obstacles identifiés par ce rapport. Parce qu'un rapport adressé aux chefs d'État doit être explicite sur le poids de chaque exemple, les exemples ont été identifiés et classés selon une méthode définie plutôt que sélectionnés éditorialement.

Identification. Les exemples ont été nommés par les États membres eux-mêmes lors de deux ateliers régionaux de validation des politiques, organisés pour l'Afrique de l'Est et australe à Nairobi les 8 et 10 juillet 2026, et pour l'Afrique de l'Ouest, du Nord et du Centre à Cotonou les 29 et 31 juillet 2026. Les deux ateliers ont utilisé un format identique, un modèle de rapport identique et une durée de session identique. Chaque délégation a été invitée à nommer l'un des huit obstacles rapportés dans l'évaluation continentale, à décrire l'intervention utilisée par son gouvernement pour y faire face, à exposer la portée et les facteurs habilitants, et à fournir les preuves que l'intervention avait fonctionné. Les nominations ont été complétées, lorsque disponibles, par une évaluation indépendante évaluée par des pairs du programme concerné.

Seuil d'inclusion. Une intervention est présentée comme un exemple uniquement lorsqu'un effet a été mesuré. Les interventions qui ont été proposées et sont bien conçues, mais pour lesquelles aucune donnée de résultat, de couverture ou d'utilisation n'était disponible, sont enregistrées séparément et identifiées comme telles, de sorte que la distinction entre ce qui est prouvé et ce qui est prometteur reste visible pour le lecteur.

Notation. Chaque exemple inclus porte l'un des quatre grades, définis dans le tableau 4.2 et appliqués de manière cohérente partout où les exemples apparaissent dans ce rapport.

Tableau 4.2 Notes de données probantes appliquées aux exemples par pays.

Grade	Norme de preuve
A	Preuves randomisées ou quasi-expérimentales d'un effet sur la mortalité ou une morbidité sévère.
B	Évaluation indépendante et évaluée par des pairs du programme national.
C	Données d'enquête nationale ou statistiques nationales officielles montrant des changements au fil du temps.
D	Données validées de surveillance des programmes démontrant un changement de couverture, d'utilisation ou de disponibilité des services.

Deux règles régissent l'utilisation de ces grades. Premièrement, un changement de couverture n'est pas rapporté comme un changement de mortalité: lorsqu'un pays modèle démontre une augmentation de l'utilisation ou de la disponibilité des services mais aucun effet mesuré sur les taux de mortalité, le texte le précise. Deuxièmement, le grade reflète les preuves disponibles sur une intervention, et non son mérite ni son importance. Les programmes qui fonctionnent depuis une décennie ou plus ont eu le temps d'accumuler

une évaluation indépendante; les programmes récents ou en cours ne contiennent généralement que des données de suivi de programme, aussi bien conçues soient-elles. Une note doit donc être lue comme une déclaration sur la maturité de l'évaluation, et non comme la qualité du travail de l'État membre.

Le grade D est délibérément conservé. Un seuil n'admettant que des preuves aléatoires exclurait presque tous les programmes gouvernementaux du continent et laisserait les chefs d'État sans action réelle.

4.6 Analyse

Les résultats ont été analysés en trois passages. Premièrement, à l'intérieur du pays: la séquence des rapports d'un État membre unique a été lue comme une série chronologique, afin que les changements dans la répartition des causes, le profil des retards et la couverture des revues puissent être distingués du bruit annuel sur an. Deuxièmement, entre pays: les tendances ont été comparées pour identifier ce qui est continental et ce qui est spécifique à chaque pays. Troisièmement, selon les cadres analytiques décrits: les résultats ont été mappés sur les trois retards et les blocs de construction du système de santé pour relier les causes de décès aux défaillances systémiques qui les engendrent ainsi qu'aux interventions de **la Section 8** qui ont démontré leur efficacité à y répondre.

Les données d'évaluation continentales sont analysées séparément à la **Section 5** et sont utilisées ici pour établir le contexte politique, financier et de suivi dans lequel se situent les résultats de mortalité.

Le tableau de bord politique utilisé dans la Section 5.7 et dans les profils de l'annexe 1 compte treize indicateurs binaires, couvrant les quatre domaines couverts par l'évaluation. Politique: une politique ou stratégie SSR en place, une stratégie nationale autonome pour la SSR et un système fonctionnel d'audit périnatal. Coordination: un mécanisme national de coordination et un plan opérationnel coûté. Financement: une ligne budgétaire dédiée à la SSR, financement externe de la SSR, un plan stratégique de financement pluriannuel et une augmentation nationale significative sur trois ans. Suivi: indicateurs SSR intégrés dans le système national d'information sanitaire, désagrégation complète de ces indicateurs, mécanismes de retour d'information des clients ou de tableaux de bord communautaires, et rapports annuels publics par rapport aux objectifs nationaux. Un État membre note un score où il a répondu oui et zéro autrement. Deux États membres, Maurice et la Sierra Leone, n'ont répondu à aucune question du tableau de bord; une absence de réponse ne constitue pas une preuve d'absence, donc tous deux exclus de toutes les moyennes du tableau de bord plutôt que d'être notés zéro, et les moyennes suivantes dépassent donc les cinquante-trois États membres répondants.

La section 5.4.2 compare ce que les États membres déclarent surveiller à ce qu'ils ont pu fournir. Un État membre est compté comme pouvant fournir une catégorie de données pour laquelle il a renvoyé au moins une valeur dans la section de la Partie B correspondante pour une année comprise entre 2021 et 2025: Section D pour les données des services de santé maternelle, Section E pour la cause de décès maternelle, Section C pour les données des services chez les adolescents, Section G pour la cause néonatale, et les indicateurs DR10 à DR12 pour la présence qualifiée à l'accouchement et l'accouchement en établissement. C'est un test délibérément généreux, donc les lacunes qu'il révèle sont des limites inférieures.

Triangulation. Les flux de preuves ne sont pas traités comme des mesures indépendantes de la même quantité; chacun répond à une question différente, et ils sont interprétés l'un contre l'autre de trois manières spécifiques. Premièrement, ce qu'un État membre rapporte sur ses propres systèmes dans l'évaluation continentale est comparé à ce que ses évaluations de décès publiées montrent réellement produites, de sorte qu'un système d'audit périnatal déclaré sans rapport publié est visible en tant que tel (sections 5.9 et 6.6). Deuxièmement, les distributions de cause et de délai issues des revues nationales sont comparées aux estimations mondiales et régionales pour la même période, et l'accord ou la divergence est rapporté plutôt que résolue (sections 2.5 et 6.1). Troisièmement, lorsque plusieurs documents existent pour un État membre, la série est lue comme une série temporelle et le rapport national le plus récent remplace les rapports antérieurs ou infranationaux, le chiffre supplanté conservé dans la base de preuves et la substitution enregistrée. Lorsque les flux divergent, le désaccord est indiqué dans le texte; il n'est pas moyenné. Là où une découverte repose sur un seul flux, le texte le dit.

4.7 Limites

Six limitations lient les conclusions de ce rapport et doivent être lues en parallèle. Chacune est énoncée avec les mesures prises pour limiter son effet sur les conclusions; aucune de ces mesures ne supprime cette limitation, et lorsqu'une conclusion repose encore sur des preuves affectées, le texte le précise au moment de l'utilisation.

Les pourcentages de causes ne sont pas comparables entre les pays

C'est la limitation la plus importante. Les pays diffèrent dans ce qu'ils comptent, par exemple certains rapportent tous les décès notifiés, d'autres seulement ceux examinés ou audités, dans la manière dont ils classent les causes et dans la proportion des décès qui entrent dans le système d'examen. Un rapport national dans cette bibliothèque indique que les comités de district avaient attribué des causes incorrectes et que la direction nationale les avait reclassées avant publication. Les distributions des causes sont donc utilisées dans ce rapport pour identifier des schémas, jamais pour classer les États membres les uns par rapport aux autres.

Atténuation. Les pourcentages par pays ne sont jamais regroupés dans une moyenne continentale. Chaque chiffre est rapporté avec son État membre, sa période et son dénominateur, et la comparaison sur laquelle repose le rapport entre États membres est le classement de la cause principale, qui est robuste face aux différences de classification; lorsque les parts sont affichées côte à côte, comme à la Figure 6.1, le texte et la légende indiquent qu'ils sont tels que publiés et ne sont pas comparables entre pays. Lorsqu'un rapport national indique son propre dénominateur, direct ou toutes les causes, ce dénominateur est inclus dans le texte; lorsqu'une direction nationale a reclassé les déclarations de district, le chiffre corrigé est utilisé et la correction est enregistrée dans la base de preuves.

La couverture des avis est faible dans la plupart des systèmes

Dans la plupart des pays, seule une minorité des décès maternels notifiés est examinée, et la notification elle-même est incomplète. Une étude évaluée par des pairs dans une région du Maroc incluse dans cette revue quantifie directement la sous-déclaration. Les résultats des revues de décès décrivent donc les décès entrés dans le système, qui sont généralement

des décès en établissement, et sous-représentent ceux survenant à domicile ou en transit, précisément les décès associés à l'accès le plus faible.

Atténuation. La couverture des notifications et des revues est extraite et rapportée sous forme de données indépendantes partout où un État membre les publie, afin que le lecteur puisse voir la fraction des décès sur lesquels chaque constatation repose plutôt que de l'inférer. Les résultats des systèmes d'évaluation sont corroborés par rapport à l'évaluation continentale et aux estimations globales avant d'être appliqués aux conclusions, et lorsqu'un constat changerait si les décès non examinés différaient systématiquement des décès examinés, le texte le précise.

La base de données probantes est pondérée pour la période 2013–2019

Seule une minorité d'États membres a publié une revue nationale couvrant 2024 ou ultérieure. Plusieurs pays de la bibliothèque n'ont pas de rapport national depuis 2015, et pour certains, le document le plus récent disponible est un rapport institutionnel ou d'établissement. Lorsque la conclusion repose sur des données plus anciennes, cela est énoncé.

Atténuation. Chaque chiffre est daté dans le texte et dans la base de preuves, et lorsqu'un État membre a publié plus d'une fois, le rapport national le plus récent supplante le rapport précédent. Douze États membres ont un rapport dans la bibliothèque couvrant 2023 ou plus tard, dont huit couvrant 2024 ou plus tard, et ceux-ci supplantent les documents plus anciens des pays concernés. Aucune déclaration de tendance n'est faite à partir d'un seul ancien point de données.

Les États membres ne constituent pas un groupe épidémiologique

L'État membre est une catégorie politique, et non épidémiologique. Les cinquante-cinq États membres de l'Union couvrent des ratios de mortalité maternelle qui diffèrent de plus d'un facteur cinquante, et les moyennes continentales, y compris plusieurs rapportées à la Section 5, décrivent donc une répartition plutôt qu'une condition. Là où une donnée continentale induirait en erreur, la répartition par région de l'Union africaine est donnée parallèlement. La section 2.3 explique comment les chiffres continentaux pour les États membres de l'Union sont obtenus et en quoi ils diffèrent des chiffres publiés pour la région africaine de l'OMS, et cette distinction doit être intégrée à chaque agrégat de ce rapport.

Atténuation. Les chiffres continentaux sont calculés entre les États membres à partir de données au niveau des pays plutôt que d'être pris à partir d'un agrégat régional, et la répartition par région de l'Union africaine est donnée aux côtés de chaque chiffre continental qui aurait autrement induit en erreur. La section 2.3 précise la dérivation, et l'annexe 1 donne la position sous-jacente pour chaque État membre.

La couverture est inégale et incomplète

La bibliothèque détient des documents provenant de 34 des 55 États membres, et l'évaluation continentale couvre désormais les 55 États. Pris ensemble, les deux courants atteignent tous les États membres de l'Union. Les pays disposant de systèmes d'évaluation solides sont surreprésentés dans les résultats qualitatifs précisément parce qu'ils publient davantage. L'absence de rapport ne prouve pas que les décès ne sont pas examinés, mais elle prouve que les résultats ne sont pas publiquement responsables.

Atténuation. Les deux volets sont délibérément complémentaires: l'évaluation continentale atteint les 55 États membres, donc aucun État membre n'est absent des résultats de politique, de financement et de données, et la bibliothèque d'évaluation des décès fournit les résultats de mortalité pour les 34 qui publient. L'absence de rapport est enregistrée comme l'absence de preuves publiées, jamais comme l'absence d'un système, et l'Annexe 1 indique sur lequel des deux courants chaque profil repose.

La mortalité infantile au-delà de la période néonatale est moins bien prise en charge

Les systèmes MPDSR capturent bien les décès maternels, mortinaissances et néonatals là où ils fonctionnent, mais peu s'étendent aux décès d'enfants âgés d'un mois à cinq ans. Pour la mortalité infantile au-delà de la période néonatale, ce rapport s'appuie davantage sur les estimations de l'IGME de l'ONU, les données d'enquêtes ménagères et la littérature évaluée par des pairs, et le précise au point d'utilisation.

Atténuation. Lorsque le rapport parle de la mortalité infantile au-delà de la période du nouveau-né, il s'appuie sur les estimations de l'IGME de l'ONU et la littérature évaluée par les pairs plutôt que sur la bibliothèque de revues, et indique de quelle source provient chaque chiffre. Aucune conclusion sur les enfants âgés d'un mois à cinq ans n'est tirée uniquement des preuves de la revue des décès.

5. Résultats de l'enquête à l'échelle du continent

Cette section rapporte les résultats de l'évaluation continentale décrite à la section 4.2. Les cinquante-cinq États membres de l'Union africaine sont tous représentés [15].

Cette section rapporte ce que les États membres ont dit d'eux-mêmes. La Section 6 compare ces déclarations à ce que montrent leurs propres examens de décès. Les deux forment la base de données probantes pour les opportunités identifiées aux **Sections 7 et 8**.

La conclusion principale de l'évaluation continentale

L'Afrique a largement remporté le débat sur la politique. Quatre-vingt-seize pour cent des États membres déclarent une politique ou stratégie nationale de la SSR, les trois quarts de ceux ayant une année d'adoption enregistrée l'ont adoptée ou révisée depuis 2020, et aucun État membre ne déclare en avoir aucune.

Ce que les États membres n'ont pas, dans environ la moitié des cas, c'est la machinerie nécessaire pour la mettre en œuvre: un plan opérationnel chiffrés, un mécanisme de coordination qui respecte, une ligne budgétaire dédiée et des systèmes de données capables de démontrer si l'un d'eux fonctionne. L'écart identifié par cette évaluation n'est pas un engagement politique mais une architecture de mise en œuvre.

5.1 Politique et stratégie (Section B)

Cinquante-trois des cinquante-cinq États membres (96 %) déclarent avoir une politique ou une stratégie de SSR en place. Aucun État membre n'a répondu "Non"; les deux exceptions n'ont pas complété la section politique, et leur statut est inconnu plutôt que négatif. Une part importante des deux ateliers de validation a été consacrée à la vérification des réponses des États membres à l'enquête; Les États membres ont bénéficié d'un temps supplémentaire après chaque atelier pour les mettre à jour et les clarifier, et chaque réponse vérifiée reçue jusqu'au 30 août 2026 est incluse dans cette analyse. Trente-six (65 %) disposent d'une stratégie nationale SSR autonome plutôt que de dispositions SSR intégrées dans une stratégie de santé plus large.

Le stock de politiques est exceptionnellement récent. Sur les 38 États membres ayant déclaré une année d'adoption, 30 (79 %) ont adopté ou révisé leur politique en 2020 ou plus tard, et l'année médiane d'adoption est 2022. La majeure partie du continent se trouve donc dans le premier cycle de mise en œuvre d'une stratégie actuelle, la fenêtre dans laquelle les dispositifs de calcul, de coordination et de suivi sont soit construits, soit différés indéfiniment.

Alignement avec le Plan d'action de Maputo

La couverture des dix domaines prioritaires du Plan d'Action de Maputo est large mais inégale. Les États membres couvrent en moyenne 8,0 des dix zones, et 19 couvrent les dix (Figure 5.1). Santé maternelle et planification familiale en tête; l'élimination des mutilations génitales féminines s'étend largement à tous les autres domaines.

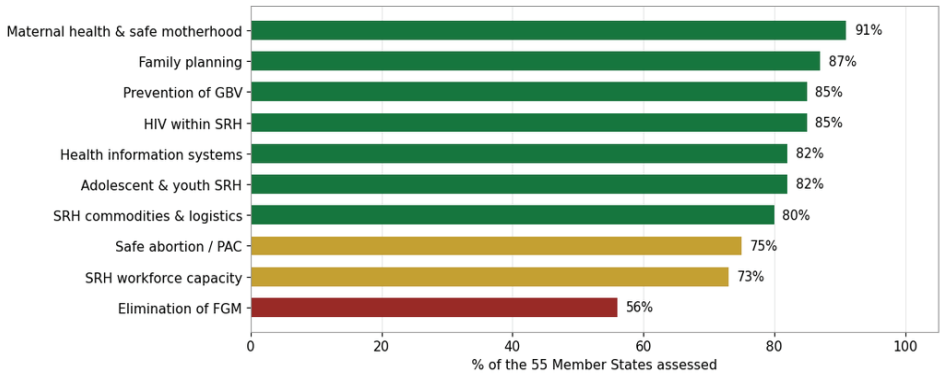


Figure 5.1 Couverture des dix domaines prioritaires du Plan d'action de Maputo, 55 États membres. Source: évaluation continentale de Africa CDC 2026 [15].

L'analyse régionale de la Section 5.7 montre que cette mesure de profondeur varie désormais selon les régions, passant de 6,7 zones en Afrique du Nord à 9,3 en Afrique centrale. Le schéma thématique reste néanmoins le même partout: les mêmes trois domaines; l'élimination des MGF, l'avortement sûr et les soins post-avortement, ainsi que la capacité de main-d'œuvre, sont omis partout. Le travail normatif continental permettra de combler cet écart plus efficacement que le soutien régional par région.

Systèmes de prestation de services

Dix-huit questions examinent les systèmes opérationnels qui donnent un effet politique. Les systèmes de produits de consommation et cliniques sont solides; les systèmes de responsabilité et de main-d'œuvre sont faibles (Figure 5.2).

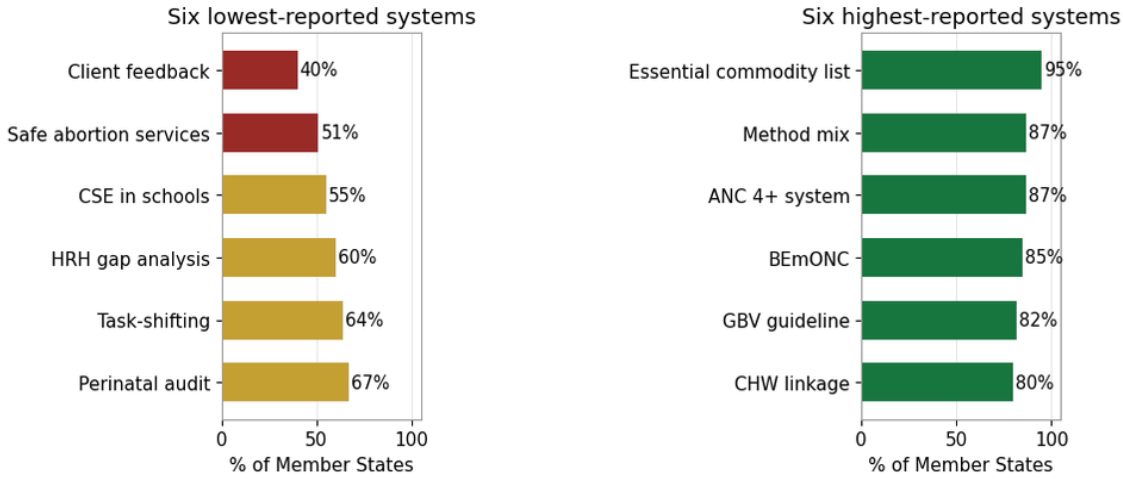


Figure 5.2 Systèmes de prestation de services les plus et les plus faibles rapportés, Section B2. Source: évaluation continentale de Africa CDC 2026 [15].

Deux des six systèmes les moins rapportés méritent une attention particulière car ils concernent directement les résultats de mortalité de la Section 6. Les retours clients et les mécanismes de tableau de bord communautaire ne sont rapportés que par 40 % des États membres (le système le plus faible du continent), ce qui signifie que dans la plupart des pays, les femmes n'ont pas de voie formelle pour signaler un mauvais traitement. Et les systèmes fonctionnels d'audit périnatal, y compris l'évaluation des décès maternels, sont rapportés par 67 %: un chiffre qui devrait être interprété parallèlement à la conclusion de la

Section 6 selon laquelle seulement quatorze États membres publient des rapports suivant les progrès par rapport à leurs propres recommandations précédentes.

Alignement avec les cadres internationaux

Quarante-huit États membres (87 %) rapportent que leur politique de SSR fait référence aux Objectifs de développement durable et 46 (84 %) au Programme d'action du CIPD. Une référence explicite au Protocole de Maputo sur les droits des femmes est rapportée par 37 (67 %) — le plus faible des trois, et une constatation notable pour un instrument continental adopté par les États membres.

5.2 Coordination et gouvernance (Section C)

Trente-trois États membres (60 %) disposent d'un mécanisme national de coordination de la SSR, huit autres en rapportent un en développement (Tableau 5.1). Trente-deux (58 %) disposent d'un plan opérationnel avec un budget et un calendrier attaché. La structure institutionnelle est donc absente ou incomplète dans 40 % des États membres, un écart de mise en œuvre plus important que tout ce qui est identifié dans le domaine politique.

Lorsque des mécanismes existent, ils sont généralement à large diffusion. Dans les 55 États membres, le nombre moyen de groupes d'acteurs participants est de 4,3 sur neuf; parmi les 33 qui disposent d'un mécanisme, il monte à 6,5 sur neuf. Le problème n'est pas une faible adhésion mais l'absence de machines.

Tableau 5.1 Participation aux mécanismes nationaux de coordination des SSR. Source: évaluation continentale de Africa CDC 2026 [15].

Groupe d'acteurs	États membres	% de 55
Participation de la société civile	30	55 %
Ministère de l'Éducation	28	51 %
Représentation des jeunes	28	51 %
Leaders communautaires	27	49 %
Ministère du Genre	27	49 %
Gouvernement présidé	26	47 %
Engagement dans le secteur privé	25	45 %
Ministère des Finances	23	42 %
Ministère de la Justice	23	42 %

Le ministère des Finances siège à la table des négociations dans seulement 42 % des États membres, le plus bas ex æquo des neuf groupes d'acteurs. Étant donné que l'évaluation identifie simultanément le financement comme le principal obstacle à la mise en œuvre, l'absence des ministères des finances dans la coordination des SSR est l'une des constatations structurelles les plus importantes de cette section.

5.3 Financement (Section D)

C'est en matière de financement que l'écart entre l'engagement politique et la mise en œuvre effective est le plus marqué. Vingt-huit États membres (51 %) disposent d'une ligne budgétaire dédiée à la SSR dans le budget national de la santé. Quarante-trois (78 %)

reçoivent un financement de donateurs externes soutenant explicitement la SSR. Seulement dix-huit (33 %) rapportent une augmentation significative des dépenses nationales en SSR au cours des trois dernières années, et trente (55 %) déclarent que les paiements de leur poche constituent un obstacle pour les utilisateurs.

Le croisement d'une ligne budgétaire dédiée à une augmentation intérieure sépare les États membres en quatre groupes aux besoins sensiblement différents (Figure 5.3, Tableau 5.2).

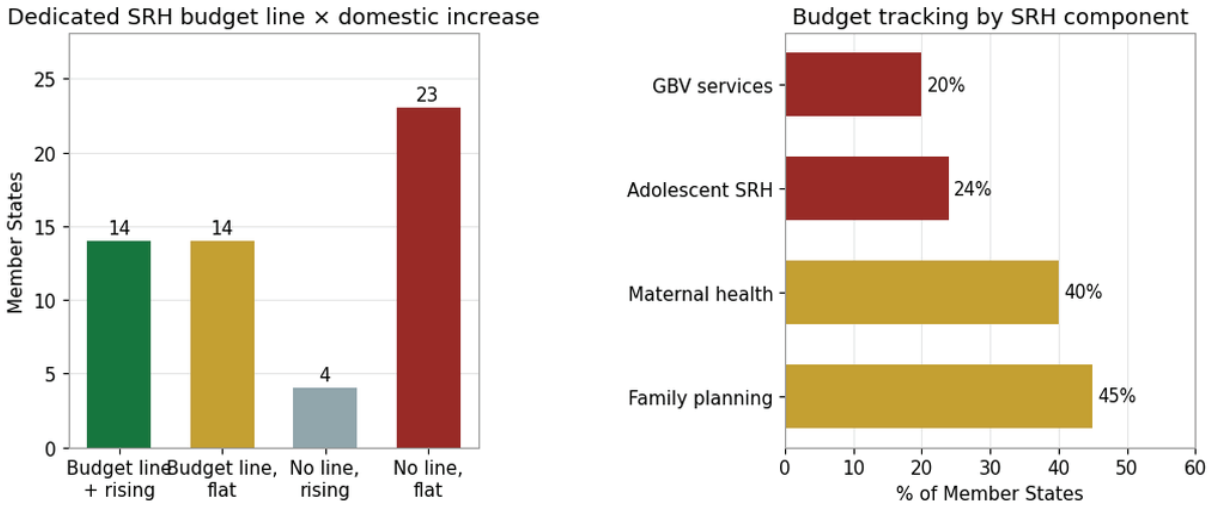


Figure 5.3 Position du financement et suivi budgétaire. Gauche: ligne budgétaire dédiée à la SSR par rapport à l'augmentation intérieure déclarée sur trois ans. À droite: suivi budgétaire désagrégé par composante SSR. Source: évaluation continentale de Africa CDC 2026 [15].

Tableau 5.2 Quadrant du financement, 55 États membres. Source: évaluation continentale de Africa CDC 2026 [15].

Situation financière	États membres	Interprétation
Ligne budgétaire et augmentation des dépenses intérieures	14	Allocation délimitée en croissance: documenter et transférer le mécanisme
Ligne budgétaire, dépenses domestiques fixes	14	L'allocation existe mais n'est pas défendue en termes réels
Pas de ligne budgétaire, augmentation des dépenses intérieures	4	L'argent circule sans allocation traçable; le gain est fragile
Pas de ligne budgétaire, dépenses domestiques fixes	23	Ni allocation ni croissance: le fossé structurel

Vingt-trois États membres (le plus grand groupe unique) n'ont ni ligne budgétaire dédiée ni augmentation nationale. Plus important encore, vingt-six États membres reçoivent un financement externe pour la SSR sans déclarer d'augmentation intérieure. Si l'on compare au contexte de financement énoncé à la Section 2.7, c'est la déclaration la plus nette disponible sur l'exposition du continent: dans près de la moitié des États membres, le financement externe a remplacé l'investissement intérieur plutôt que de le catalyser, précisément au moment où le financement externe est retiré.

Le suivi budgétaire suit une hiérarchie cohérente et révélatrice. La planification familiale est suivie par 45 % des États membres et la santé maternelle par 40 %, mais la santé sexuelle et reproductive chez les adolescents par seulement 24 % et les services de lutte contre la

VBG par 20 %. Les deux composantes que les États membres proposent eux-mêmes parmi leurs priorités pour 2026–2030 sont les deux moins visibles dans leurs propres budgets. Seuls neuf États membres suivent les quatre composantes; vingt-neuf ne suivent aucun.

5.4 Suivi, qualité des données et occasion manquée

Cette section est plus longue que les autres car les résultats de l'évaluation sur les données sont plus importants qu'ils n'en ont l'air au premier abord. Les systèmes de données sont généralement traités comme une annexe technique à la politique de santé. Les preuves ici suggèrent qu'ils sont plus proches d'être la contrainte déterminante sur tout le reste: un continent qui ne peut pas dire de manière fiable pourquoi ses femmes et nouveau-nés meurent ne peut pas diriger ses ressources en diminution vers les choses qui les sauveraient.

5.4.1 Ce que les États membres surveillent

Quarante-neuf États membres (89 %) intègrent les indicateurs SSR dans le système national d'information sanitaire, ce qui constitue l'un des résultats les plus solides de l'évaluation. Les États membres surveillent une moyenne de 7,5 des onze indicateurs listés, et vingt-deux en surveillent dix ou plus (Tableau 5.3). Les dix n'ayant signalé aucun n'ont pas complété la section, au lieu de ne pas disposer de systèmes de suivi.

À première lecture, c'est un succès. Les indicateurs maternels fondamentaux sont surveillés par environ quatre cinquièmes des États membres: l'incidence du VIH chez les femmes par 44; le taux de mortalité maternelle, la présence qualifiée de l'accouchement et la couverture PMTCT par 43 chacun; la prévalence contraceptive par 42 et la couverture ANC 4+ par 41. À première vue, le continent sait ce qui arrive à ses mères.

Tableau 5.3 Indicateurs SSR surveillés dans les systèmes nationaux d'information sanitaire. Source: évaluation continentale de Africa CDC 2026 [15].

Indicateur surveillé	États membres	% de 55
Assistance qualifiée à l'accouchement et accouchement en établissement	43	78 %
Ratio de mortalité maternelle	43	78 %
Couverture PMTCT et dépistage du VIH pendant la grossesse	43	78 %
Taux de prévalence contraceptive	42	76 %
Couverture ANC 4+	41	75 %
Taux de natalité chez les adolescents	40	73 %
Taux de rupture de stock pour les principales matières premières SSR	35	64 %
Installations fournissant les fonctions de signal SONU-B / SONU-C	31	56 %
Taux de déclaration sur la VBG	31	56 %
Écoles mettant en œuvre les programmes ECS	19	35 %

5.4.2 Le suivi d'un indicateur ne signifie pas nécessairement disposer des données correspondantes

L'évaluation permet un test que les questions de surveillance auto-déclarées permettent rarement. Les États membres ont indiqué quels indicateurs ils surveillent dans la Section E

et ont soumis séparément les données sous-jacentes de prestation de services dans la Partie B. La comparaison des deux met en lumière un écart qu'aucune des deux questions ne révèle seul (Figure 5.4).

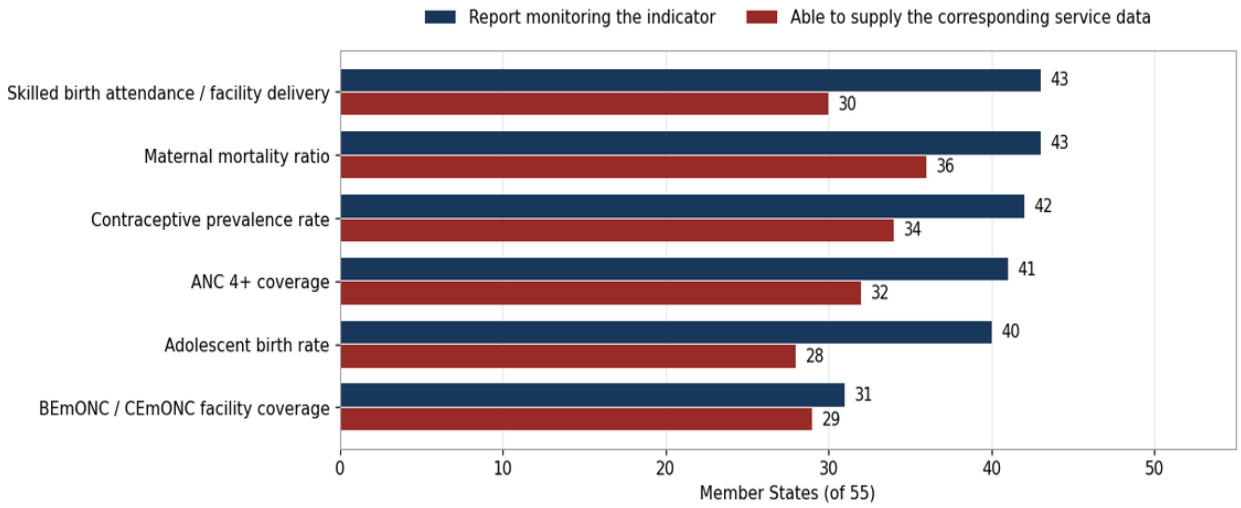


Figure 5.4 États membres déclarant qu'ils surveillent un indicateur, par rapport à ceux capables de fournir les données correspondantes de prestation de services pour 2021–2025. Source: évaluation continentale de Africa CDC 2026 [15].

Quarante-trois États membres rapportent surveiller le ratio de mortalité maternelle; trente-six ont soumis des données sur les services de santé maternelle, et seulement vingt-cinq ont soumis des données sur les causes de décès maternelles. Quarante-trois rapportent surveiller la fréquentation qualifiée de l'accouchement et l'accouchement en établissement; trente pourraient fournir les chiffres. Quarante rapportent surveiller le taux de natalité chez les adolescents; vingt-huit pourraient fournir des données sur les services chez les adolescents. Tous les indicateurs montrent la même forme.

La comparaison la plus révélatrice ne figure pas dans le tableau. Trente-sept États membres déclarent disposer d'un système fonctionnel d'audit périnatal, y compris une revue des décès maternels. Quatorze ont soumis des données sur les causes de décès néonatales. C'est l'écart le plus large de tous les indicateurs de l'évaluation. Un système qui examine les décès périnataux mais ne peut pas indiquer la cause de ces décès ne remplit pas la fonction que son nom décrit.

Il existe des explications innocentes pour une partie de cet écart. Les données peuvent se trouver dans un système national sous une forme qui ne pourrait pas être extraite dans la fenêtre d'enquête; certains indicateurs sont dérivés d'enquêtes et ne sont rapportés que tous les trois à cinq ans. Mais l'ampleur et la cohérence de l'écart à travers chaque indicateur suggèrent quelque chose de plus structurel: que “surveillé” dans de nombreux systèmes nationaux signifie qu'un indicateur apparaît dans un document-cadre, et non qu'il existe une valeur actuelle, récupérable et assurée en qualité.

5.4.3 La chaîne de valeur des données se réduit à chaque étape

Mettre les résultats de l'évaluation dans l'ordre; de la présence d'indicateurs dans le système, à la soumission des données, à leur désagrégation, à leur soumission complète,

jusqu'à la soumission des données sur les causes de décès permettant une action clinique, montre une attrition à chaque étape (Figure 5.5).

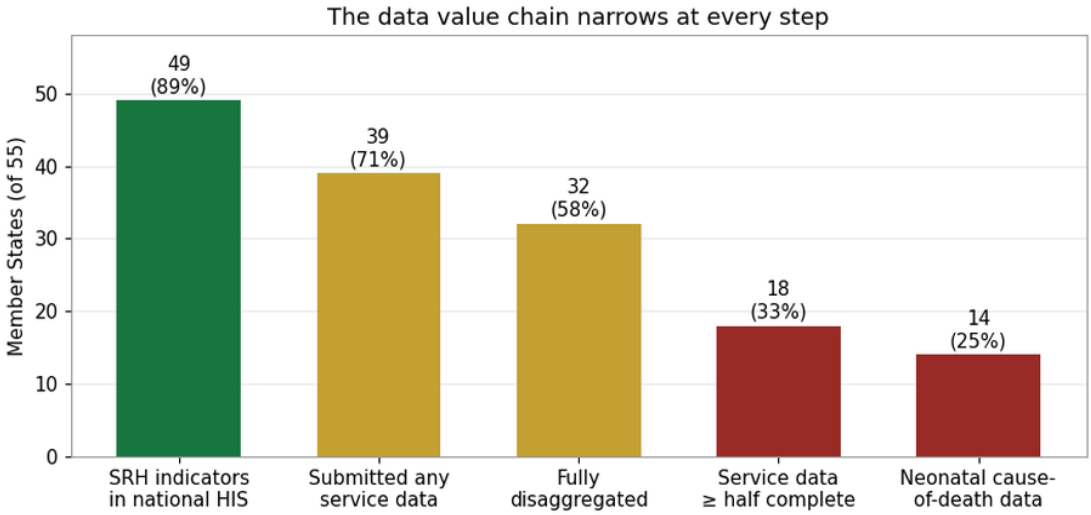


Figure 5.5 La chaîne de valeur des données, 55 États membres. Source: évaluation continentale de Africa CDC 2026 [15].

Quatre-vingt-neuf pour cent des États membres disposent d'indicateurs de SSR dans le système national d'information en santé. Vingt-cinq pour cent peuvent déclarer ce dont les nouveau-nés sont morts. La distance entre ces deux chiffres correspond à celle entre la possession d'un cadre de suivi et sa capacité à l'utiliser.

La désagrégation mérite une attention particulière car c'est là que réside l'analyse des actions. Seuls trente-deux États membres (58 %) désagrègent entièrement les données relatives à la SSR par âge, sexe et géographie, tandis que dix-huit autres le font partiellement. Sept des trente-deux qui rapportent une désagrégation complète n'ont soumis aucune donnée de prestation de services, ce qui signifie que leur capacité de désagrégation, quel que soit son statut sur le papier, ne pouvait pas être démontrée. Sans désagrégation, le ciblage des adolescents, des populations rurales et du quintile le plus pauvre, ce que toute stratégie continentale exige, ne peut être pris en preuve, suivi ou évalué.

5.4.4 Ce que les données soumises révèlent sur la qualité

Les données de prestation de services que les États membres ont soumises contiennent des défauts qui sont eux-mêmes diagnostiques. Ces données ont été identifiées lors de la validation et de l'analyse et sont exposées dans le Tableau 5.4. Il ne s'agit pas de critiquer les États membres concernés, qui sont, par définition, ceux qui ont soumis les données, mais parce que chaque défaut pointe vers une faiblesse spécifique et corrigible dans le système sous-jacent.

Tableau 5.4 Défauts de qualité des données identifiés dans les données de prestation de services soumises, et leurs remédies. Source: évaluation continentale de Africa CDC 2026, validation et analyse [15].

Défaut observé	À quoi cela ressemble dans les données	Ce que cela indique	Remède
Dénominateurs rassis	Ratios de couverture dépassant 100 %: ANC 4+ et accouchement en établissement supérieur au nombre attendu de grossesses dans quatre États membres	Projections démographiques non basées depuis le dernier recensement, ou populations de bassin inclus les utilisateurs transfrontaliers	Exigez que l'année du recensement et la méthode de projection soient indiquées à chaque dénominateur
Dérive définitive	Les tranches d'âge des adolescents rapportées de 10 à 19 ans et de 15 à 19 ans; les utilisateurs de contraceptifs mélangeant nouveaux et utilisateurs continus	L'outil ne définit pas l'indicateur, donc chaque pays applique sa propre convention	Publiez des définitions explicites d'indicateurs avec l'outil, pas après la collecte
Morbidité rapportée comme mortalité	Totaux de causes de décès chez les enfants d'une magnitude compatible avec les fréquentations ambulatoires; “décès” de diarrhée regroupés dépassant 21 millions	En-têtes de section ambigus entre cas et décès	Reclassez la section et ajoutez une règle de validation indiquant les totaux de causes dépassant les décès signalés
Erreurs d'unité	Les ratios de mortalité maternelle rapportés étaient de 0,2 et 0,0, clairement par 1 000 ou par erreur de saisie plutôt que par 100 000	Aucune unité n'est spécifiée ou appliquée au point d'entrée	Intégrer les unités dans l'étiquette de champ et appliquer des contrôles de plage
Mouvements d'une seule année invraisemblables	Les mortinaissances macérées ont été multipliées par environ dix en un an dans un État membre; des avortements rapportés d'un ordre de grandeur peu plausible	Aucun contrôle de cohérence annuel entre la soumission et la publication	Signalement automatisé de la dérogation par rapport aux années précédentes du pays
Incohérence interne	Les totaux de causes de décès dépassant le total des décès rapportés; les accouchements avec un accompagnateur qualifié dépassant les naissances vivantes	Sections compilées par différentes unités sans réconciliation	Réconciliation transversale avant la validation nationale

Deux caractéristiques de ce tableau comptent plus que les défauts individuels. Premièrement, chaque remède dans la colonne de droite est peu coûteux. Aucun ne nécessite une nouvelle technologie, un nouveau personnel ou une nouvelle infrastructure; ils nécessitent des définitions, des unités, des vérifications de portée et une étape de rapprochement. Deuxièmement, aucun de ces défauts ne survivrait au contact avec un système qui utilise réellement les données. Un dénominateur qui produit une couverture de 130 % est invisible pour un système de déclaration et évident pour quiconque essaie de planifier des services avec lui. Les défauts persistent parce que les données sont transmises plutôt qu'utilisées.

5.4.5 Les zones d'ombre en matière de mesure

Au-delà de la qualité, il y a la question de ce qui n'est pas mesuré du tout. Trois zones d'ombre se répètent, chacun correspondant à un facteur connu de mortalité.

- Capacité de soins obstétricaux d'urgence. Seuls trente et un États membres (56 %) surveillent la proportion d'établissements fournissant des fonctions de signal SONU-B ou SONU-C. C'est l'indicateur qui indiquerait à un ministère si une femme se rendant dans un établissement trouvera quelqu'un capable de gérer une hémorragie, la principale cause de décès maternel sur le continent, et l'échec impliqué dans les conclusions du troisième délai de la Section 6.
- Violence basée sur le genre. Trente et un États membres (56 %) surveillent les taux de signalement de la VBB, et seuls onze (20 %) suivent les dépenses liées à la VBG dans le budget. Un domaine de service avec une législation complète dans 35 États membres est largement invisible tant dans les données que dans les comptes.
- Éducation sexuelle complète. Dix-neuf États membres (35 %) surveillent la couverture de l'ECS scolaires, l'indicateur le moins surveillé dans l'évaluation, correspondant à l'un des domaines prioritaires les plus faibles de Maputo.

Le schéma est cohérent: les indicateurs les moins surveillés sont ceux attachés aux interventions que les États membres trouvent les plus difficiles à mettre en œuvre. La faiblesse de la mesure et de la prestation se renforcent mutuellement, et l'absence de données supprime les preuves qui justifieraient l'investissement précisément dans les domaines qui en ont le plus besoin.

5.4.6 Flux de données: une remontée sans retour

L'expression la plus claire de cette occasion manquée est la direction dans laquelle l'information circule. Trente-huit États membres (69 %) rapportent publiquement chaque année des progrès par rapport aux objectifs nationaux de SSR. Vingt-deux (40 %) disposent de retours clients ou de mécanismes de tableau de bord communautaire. Les États membres rendent compte à des ministères et des partenaires, à près du double du taux auquel ils reçoivent des nouvelles des femmes utilisant leurs services (Figure 5.6).

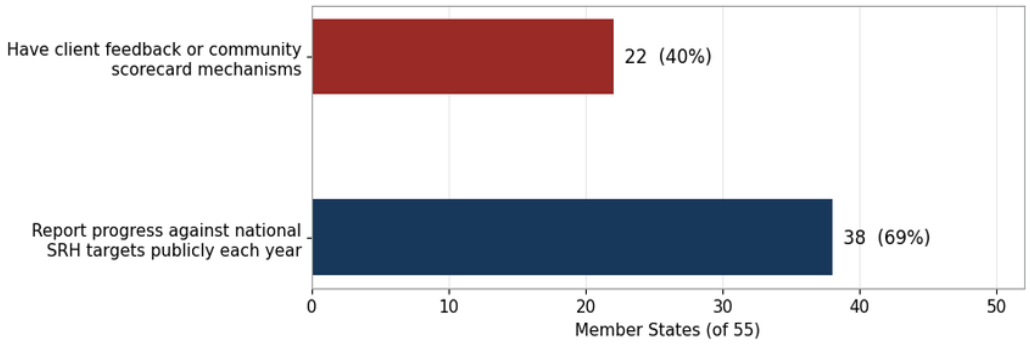


Figure 5.6 Rapport à la hausse contre l'écoute descendante. Source: évaluation continentale de Africa CDC 2026 [15].

Cette asymétrie explique une grande partie de ce que décrivent les sections 5.4.2 à 5.4.4. Les données collectées principalement pour satisfaire une obligation de rapport progressif acquièrent les caractéristiques observées ici: elles sont compilées à la date limite, transmises une seule fois, non rapprochées entre sections, non renvoyées aux

établissements qui les ont générées, et ne sont pas utilisées pour modifier quoi que ce soit. Les données collectées pour améliorer les soins se comportent différemment, car les personnes qui les utilisent remarquent immédiatement quand elles sont fausses.

L'occasion manquée, exprimée clairement

Chaque élément d'un cycle d'amélioration de la qualité existe déjà quelque part dans les systèmes de santé africains. Les établissements enregistrent les données de service. Les districts les compilent. Les revues des décès maternels et périnataux examinent les décès individuels et identifient ce qui a mal tourné. Les ministères publient des rapports annuels. Les évaluations continentales agrègent les résultats.

Ce qui manque en grande partie, c'est la boucle de retour: l'étape à laquelle un établissement apprend ce que ses propres données ont montré, modifie quelque chose et mesure si le changement a fonctionné. La section 6 indique que seulement quatorze des 34 États membres publient des rapports suivant les progrès par rapport à leurs propres recommandations précédentes. L'évaluation continentale révèle que seulement 40 % disposent de mécanismes permettant aux utilisateurs de signaler des soins insuffisants.

La conséquence est que l'Afrique paie la totalité du coût de la collecte des données: temps de personnel, formulaires, systèmes, réunions de révision, rapports tout en capturant une fraction de sa valeur. À une époque où l'aide au développement à la santé a chuté d'environ 70 % depuis 2021 [8], l'argument de l'efficacité seul est décisif: mieux utiliser les données existantes est l'intervention la moins coûteuse disponible sur le continent.

5.4.7 Conséquences pour la prise de décision

Quatre implications s'ensuivent, et elles éclairent les recommandations des sections 7 et 8.

- Corrigez les définitions et dénominateurs avant de collecter davantage de données. Les défauts du tableau 5.4 sont tous corrigibles au stade de la conception, et chaque analyse ultérieure en dépend. C'est l'action à rendement le plus élevé et au coût le plus faible disponible.
- Fermer la boucle de retour par politique, pas par pratique. Les données doivent être renvoyées au niveau qui les a générées, avec une exigence explicite que le prochain cycle de déclaration enregistre ce qui a changé. C'est le principe de fonctionnement de la MPDSR, et la Section 6 montre qu'elle fonctionne dans une minorité d'États membres et fournit des résultats là où elle le fait.
- Mesurez ce qui est le plus difficile à fournir. La capacité de soins obstétricaux d'urgence, les services pour la VBG et les programmes pour adolescents sont les moins surveillés et parmi les moins fournis. Les rendre visibles est une condition préalable au financement.
- Considérer les systèmes de données comme un investissement distinct. La Section 5.8 établit que la force des politiques ne prédit pas la capacité des données. Les systèmes de données ne s'amélioreront pas en tant que sous-produit de l'élaboration des politiques et nécessiteront leur propre financement, leur propre main-d'œuvre et leur propre responsabilité.

5.5 Obstacles à la mise en œuvre et priorités (Section F)

Les États membres ont été invités à identifier les obstacles freinant la mise en œuvre de la politique SSR. Ils citent une moyenne de 4,1 des huit obstacles listés, et 27 en citent cinq ou plus (Figure 5.7): les contraintes sont perçues comme un ensemble plutôt que de manière isolément.

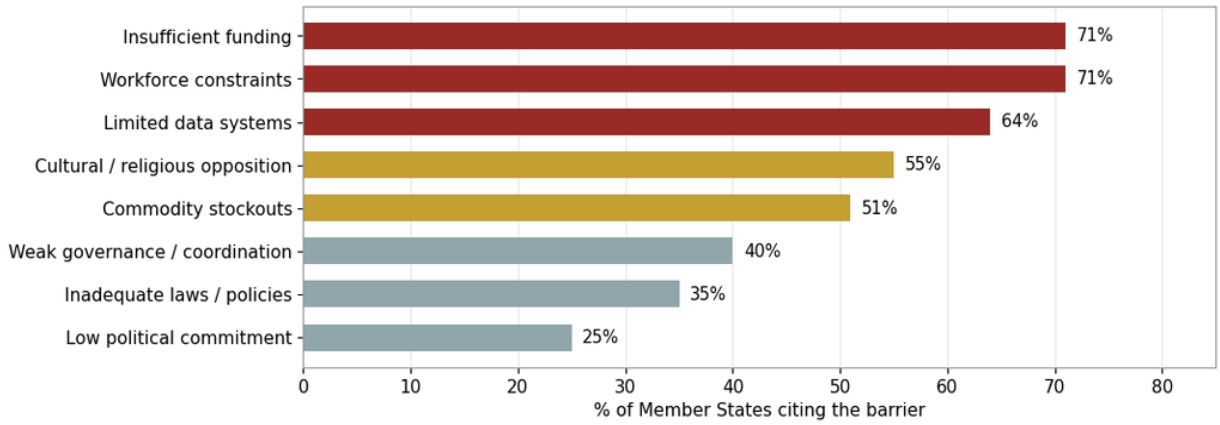


Figure 5.7 Obstacles à la mise en œuvre cités par les États membres. Source: évaluation continentale de Africa CDC 2026 [15].

L'association dominante est le financement avec la main-d'œuvre: 35 États membres (64 %) citent les deux simultanément, bien plus que ce que le hasard ne produirait. La relation est causalement cohérente; les professionnels de santé représentent le coût récurrent le plus important dans tout budget de la SSR, donc une contrainte de financement présente pour les gestionnaires de programme une pénurie de main-d'œuvre, et l'expansion de la main-d'œuvre est non financée sans croissance budgétaire. Une intervention de financement qui ne prend pas en compte les salaires et les coûts de déploiement récurrents ne relèvera pas la barrière de la main-d'œuvre, et la planification de la main-d'œuvre menée sans enveloppe de financement ne survivra pas au cycle budgétaire.

Un faible engagement politique n'est cité que par quatorze États membres (25 %), la barrière la moins citée parmi les huit. Quoi qu'il en soit, quoi qu'il en soit, la mise en œuvre sur ce continent, les États membres ne déclarent pas que la volonté politique est la contrainte déterminante. Cette conclusion s'accorde parfaitement avec la couverture politique quasi universelle rapportée à la Section 5.1, et elle situe le problème clairement dans la capacité de mise en œuvre.

5.6 Cadre juridique et inclusion à la CSU

L'avortement est légal dans des conditions spécifiées dans 36 États membres, légal à la demande dans deux, fortement restreint dans deux, criminalisé dans sept et non spécifié dans deux; six n'ont pas été déclarés. Une législation globale sur la violence basée sur la violence sexuelle est en vigueur dans 35 États membres (64 %), dont neuf font état de dispositions partielles et deux d'un projet de loi. Trente-six États membres (65 %) rapportent que la politique nationale traite de la SSR dans des contextes humanitaires ou fragiles.

Le maillon le plus faible de la chaîne juridique-finance est l'inclusion de la CSU. Seuls dix-neuf États membres (35 %) déclarent une inclusion complète des services de SSR dans le régime national d'assurance maladie ou de la CSU, dont dix-huit déclarent une inclusion partielle et sept aucune inclusion du tout. L'inclusion de la CSU est le mécanisme qui transforme un droit légal en un service financé; sans elle, les soins SSR restent dépendants des frais d'utilisation, que l'évaluation identifie séparément comme un obstacle dans plus de la moitié des États membres.

5.7 Tendances régionales et tableau de bord des pays

Chaque État membre a été noté selon treize indicateurs binaires couvrant la politique, la coordination, le financement et le suivi. Les treize indicateurs sont listés à la section 4.6. Cinquante-trois des cinquante-cinq États membres ont répondu aux points de bord; Maurice et la Sierra Leone n'ont répondu à aucun et sont exclus des moyennes plutôt que zéro. Sur les cinquante-trois, la moyenne est de 8,5 sur 13. Trois États membres obtiennent 13 sur 13, le Burkina Faso, l'Éthiopie et la Tanzanie, et 17 obtiennent 11 points ou plus. Le score le plus bas parmi les États membres répondants est de 1, au Rwanda. La figure 5.8 compare les moyennes régionales à la complétude des données de service.

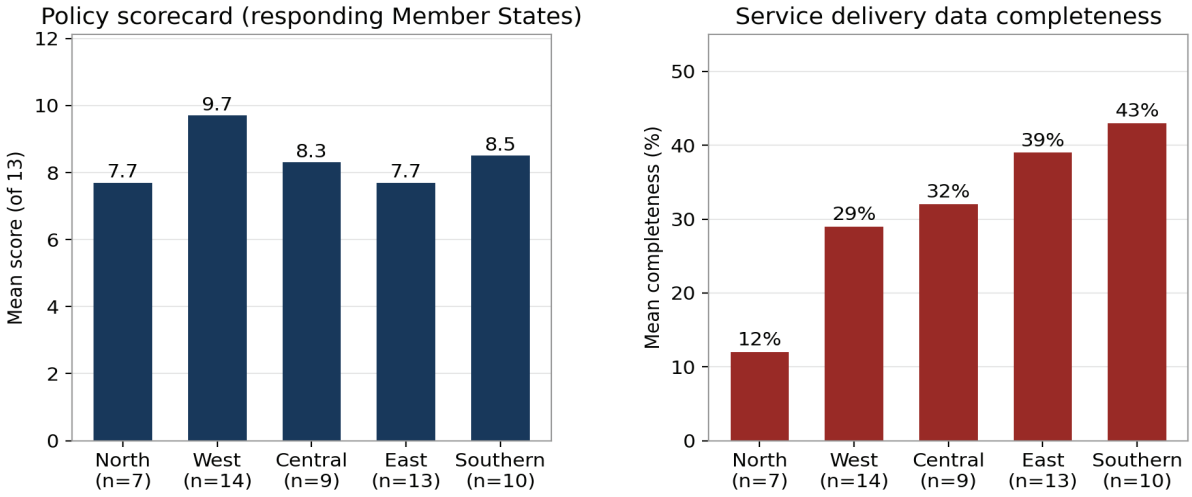


Figure 5.8 Comparaison régionale: tableau de bord des politiques moyennes par rapport à l'exhaustivité moyenne des données de prestation de services. Source: évaluation continentale de Africa CDC 2026 [15].

Placer les deux mesures côte à côte met en lumière la conclusion structurelle centrale de l'évaluation. Les scores de politique varient peu dans les cinq régions de l'UA, allant de 7,7 en Afrique de l'Est et du Nord à 9,7 en Afrique de l'Ouest, soit une répartition d'environ un quart. La complétude des données de prestation de services varie par près de quatre, allant de 12 % en Afrique du Nord à 43 % en Afrique australe. L'Afrique du Nord est la région la plus faible en termes de données et la plus forte en termes de résultats, ce qui rappelle que la capacité de mesure et la charge de mortalité sont des problèmes distincts et que les États membres ayant le moins de rapports ne sont pas ceux qui ont le plus de points à corriger. L'Afrique de l'Est illustre le plus nettement cette divergence: elle enregistre le score moyen de politique le plus faible sur le continent, au même niveau que l'Afrique du Nord, et la deuxième meilleure complétude des données.

5.8 Données sur la prestation de service et dissociation entre la politique et les données

La composante quantitative de l'évaluation a demandé des données annuelles de prestation de services pour 2021 à 2025 dans neuf domaines cliniques (Tableau 5.5). Seize États membres (29 %) n'ont soumis aucune donnée numérique. La participation a fortement augmenté une fois que les États membres ont pu valider leurs déclarations en personne: plusieurs qui n'avaient soumis aucune donnée de service sont passés à une complétion supérieure à 40 % une fois leurs déclarations vérifiées. Dix-huit États membres déclarent au moins la moitié de tous les champs demandés, et onze autres rapportent entre un cinquième et la moitié des champs.

Tableau 5.5 Données de prestation de services rapportées par section. Source: évaluation continentale de Africa CDC 2026 [15].

Section de données	États membres qui rapportent	Complétude moyenne là où elle est rapportée
R – Dénominateurs de population et d'infrastructures	38 / 55	75 %
BR/BS – Contraception	34 / 55	67 %
CR/CS – Adolescent SSR	28 / 55	70 %
DR/DS – Santé maternelle	36 / 55	60 %
E – Causes de décès maternel	25 / 55	62 %
FR/FS – Santé du nouveau-né	33 / 55	53 %
G – Causes de décès néonatal	14 / 55	72 %
RH/HS – Santé infantile	27 / 55	51 %
I – Causes de décès d'enfant	18 / 55	63 %

La déclaration diminue à mesure que la granularité clinique augmente, passant de 38 États membres sur les dénominateurs de population à 14 sur les causes néonatales de décès. Lorsque les États membres rapportent, la complétude est élevée, la contrainte est la participation plutôt que la qualité. Mais ce schéma a une implication substantielle: les sections qui s'affinent le plus rapidement sont précisément celles nécessaires pour identifier pourquoi les nouveau-nés et les enfants meurent, et ce sont les mêmes sections que la Section 6 montre comme les plus faibles dans les rapports nationaux d'évaluation des décès.

La rigueur des politiques ne permet pas de prédire la disponibilité des données

L'évaluation permet une question à laquelle aucun des deux composants ne pourrait répondre seul: les États membres disposant de cadres politiques plus solides rapportent-ils de meilleures données sur les services que ces politiques régissent (Figure 5.9)?

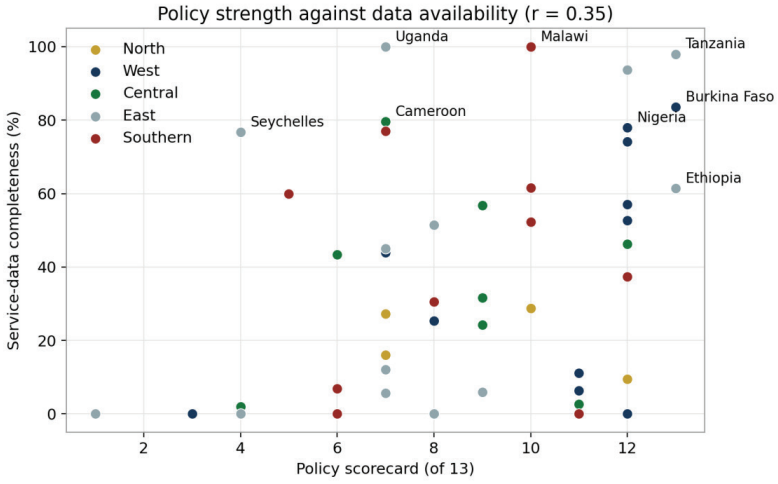


Figure 5.9 Tableau de bord politique par rapport à l'exhaustivité des données de prestation de services, les 53 États membres répondants, par région de l'UA. Source: évaluation continentale de Africa CDC 2026 [15].

Ils ne le font pas. Dans les 53 États membres répondants, la corrélation entre le tableau de bord politique en treize points et la complétude des données de service est de r = 0,35,

modérée, et représente environ un huitième de la variation entre eux. L'Ouganda rapporte 100 % des champs de prestation de services avec un score politique de 7 sur 13 et les Seychelles 77 % sur un score de 4, tandis que plusieurs États membres obtenant 12 ou 13 rapportent presque aucun. L'architecture politique et la capacité de mesure sont construites par différentes institutions, sur des délais différents, avec des financements différents. Le soutien à l'un ne fait pas avancer l'autre, et une stratégie continentale qui finance le développement politique dans l'espoir que les systèmes de données suivent sera déçue.

5.9 Conclusions de l'évaluation

Cinq conclusions découlent de l'évaluation continentale et se retrouvent dans le reste de ce rapport.

- L'engagement politique n'est pas la contrainte déterminante. Quatre-vingt-seize pour cent des États membres ont une politique de SSR, plus des trois quarts d'entre eux récents, et seulement 25 % citent un faible engagement politique comme un obstacle.
- L'architecture de mise en œuvre est absente dans environ la moitié des États membres: 40 % n'ont pas de mécanisme de coordination, 42 % d'un plan opérationnel budgété, et 49 % d'une ligne budgétaire dédiée à la santé sexuelle et reproductive (SSR).
- L'exposition au financement est concentrée et identifiable. Vingt-six États membres reçoivent un financement externe pour la SSR sans déclarer d'augmentation nationale, et vingt-trois n'ont ni ligne budgétaire ni croissance, ni groupe nommé, ni problème continental diffus, et donc un problème qui peut être traité.
- Les systèmes de responsabilité sont le maillon faible dans tous les domaines: les mécanismes de retour client (40 %), la désagrégation complète des données (58 %), le suivi du budget pour la VBG (20 %) et le suivi de l'ECS (35 %) sont les points les plus bas dans leurs sections respectives.
- La force des politiques et la capacité de mesure sont découplées. Elles nécessitent des investissements séparés et parallèles, et l'hypothèse selon laquelle une meilleure politique produira de meilleures données n'est pas étayée par les preuves.

La Section 6 passe désormais de ce que les États membres rapportent sur leurs systèmes à ce que ces systèmes enregistrent concernant les décès de femmes et de nouveau-nés, et teste si les écarts identifiés ici apparaissent dans le registre de mortalité.

6. Synthèse: les causes et les facteurs de la mortalité maternelle et infantile en Afrique

Cette section répond à la question que le rapport a été chargé de répondre. Elle s'appuie sur 78 dossiers structurés extraits des revues de décès maternels et périnataux de 34 États membres de l'Union africaine et les compare à l'évaluation continentale rapportée à la Section 5. Chaque chiffre cité est attribuable à un rapport national nommé; la base complète de preuves est publiée sous forme de cahier d'exercices complémentaire.

La conclusion n'est pas que l'Afrique manque de connaissances sur ce qui tue ses mères et ses nouveau-nés. C'est que cette connaissance est générée, écrite, puis largement non appliquée, et que là où elle a été traitée de manière systématique, la mortalité a diminué.

6.1 Causes de la mortalité maternelle

Vingt-cinq États membres rapportent des distributions quantifiées des causes de décès dans leurs revues nationales. L'hémorragie obstétricale est la principale cause enregistrée chez dix-huit d'entre eux, soit 72 % (Figure 6.1).

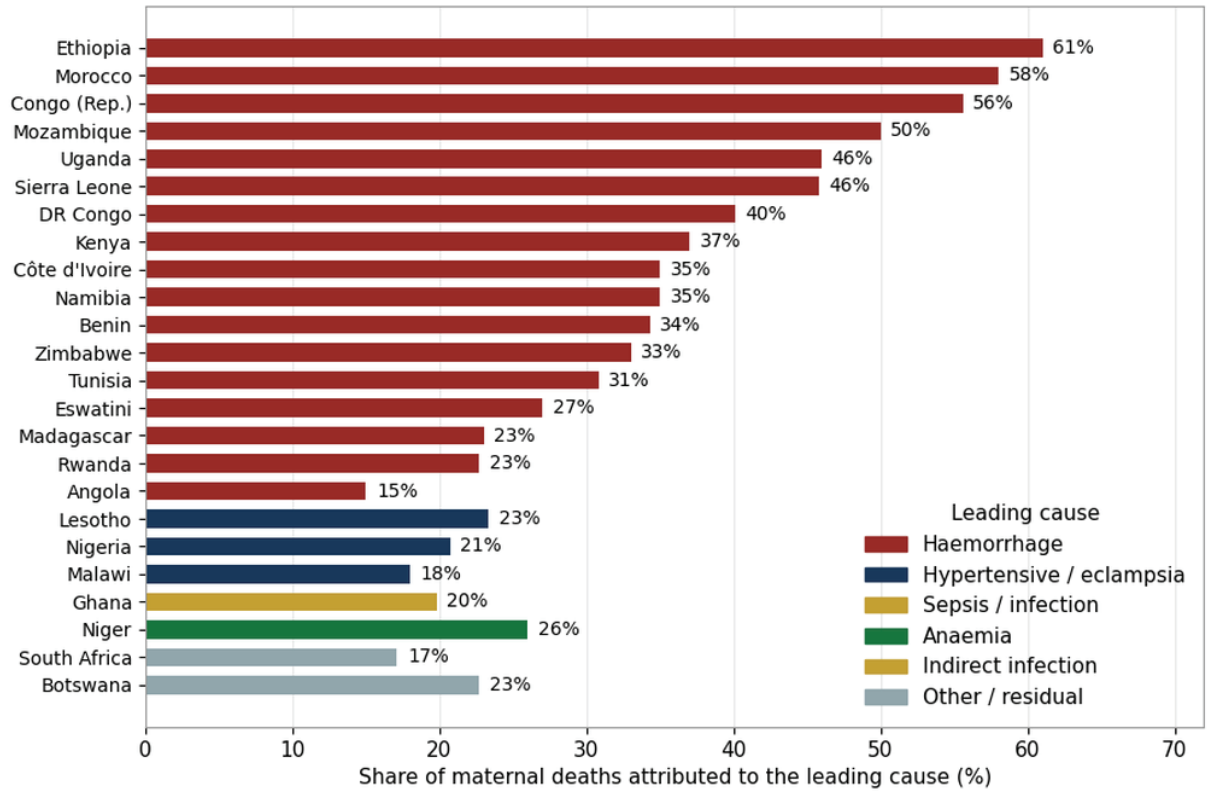


Figure 6.1 Cause principale de décès maternel enregistrée, dernière revue nationale. Vingt-cinq États membres rapportent une cause majeure; les 24 présentés ici publient également la part qu'elle représente, le Cameroun signalant des hémorragies sans part quantifiée. Les pourcentages sont tels que publiés par chaque pays et ne sont pas comparables entre pays (voir Section 4.6). Source: base de données MPDSR [15].

C'est la constatation la plus cohérente sur le continent, et elle est cohérente avec les relevés mondiaux: la dernière analyse systématique de l'OMS situe l'hémorragie à 27 % des décès maternels dans le monde et identifie l'Afrique subsaharienne comme l'une des deux régions où la proportion est la plus élevée [6]. Ce que les revues nationales apportent, c'est l'ampleur au niveau des pays. L'hémorragie représente 61 % des décès de cause directe dans le

rapport national 2025 de la République démocratique du Congo [62], ce qui représente environ 40 % de tous ses décès maternels examinés, 61 % des décès examinés en Éthiopie, 56 % en République du Congo, 50 % des décès de cause directe au Mozambique, et 46 % en Ouganda et en Sierra Leone.

Les troubles hypertensifs sont la deuxième cause presque partout, et dans plusieurs pays ils augmentent. L'Ouganda enregistre des troubles hypertensifs passant de 15 % des décès maternels en 2020/21 à 21 % en 2024/25, dépassant les causes indirectes pour devenir la deuxième cause principale. Le Mozambique enregistre une hausse de 19 % en 2016 à 22 % en 2017. Le Kenya enregistre une augmentation de l'éclampsie passant de 17 % en 2020/21 à 22 % en 2021/22. Au Lesotho et au Malawi, les troubles hypertensifs sont désormais la principale cause enregistrée.

Deux résultats que les estimations mondiales ne prennent pas en compte

La première concerne l'anémie. Le Niger indique que l'anémie est la principale cause de décès maternel à 26 %, devant l'hémorragie à 25 % — et le rapport national précise que l'anémie, autrefois classée comme cause indirecte, est désormais la principale cause. L'Éthiopie a enregistré l'anémie entre 16 et 17,5 % des décès maternels sur plusieurs années de rapport. Le Malawi indique que l'anémie est la principale cause indirecte, et la République démocratique du Congo attribue 70 % de ses décès maternels indirects à l'anémie, la concentration la plus élevée de la bibliothèque. L'anémie n'est pas estimée séparément dans l'analyse mondiale des causes, mais elle fait partie des causes les plus régulièrement rapportées dans les revues nationales africaines. Étant donné que l'anémie est à la fois évitable pendant la grossesse et le facteur qui transforme une hémorragie potentiellement évitable en une issue fatale, sa quasi-invisibilité dans les estimations mondiales constitue une lacune majeure.

La seconde concerne les causes indirectes dans les milieux à forte prévalence du VIH. L'enquête confidentielle de la Namibie a révélé que 28,3 % des femmes décédées étaient séropositives contre une prévalence adulte nationale de 15,0 % — soit près du double — et qu'un tiers des femmes séropositives n'avaient reçu aucun suivi prénatal. Le Kenya enregistre que la part des décès maternels liés au VIH/SIDA est passée de 16 % à 19 % sur deux ans. Le Mozambique enregistre le VIH/SIDA à 49 % des décès maternels indirects. L'enquête du Malawi a enregistré le VIH et le SIDA à 16,3 % de tous les décès maternels. Au Botswana, les causes directes et indirectes sont presque égales à 50,7 % et 49,3 %. Lorsque la prévalence du VIH est élevée, la mortalité maternelle est un problème substantiellement lié aux services liés au VIH, et l'intégration du VIH et des soins maternels n'est pas une efficacité optionnelle.

Les décès sans cause enregistrée

Un résultat récurrent et conséquent est la proportion de décès maternels pour lesquels aucune cause n'est attribuée. L'Éthiopie a enregistré 7 % des décès examinés en 2023/24 sans cause attribuée. Le Bénin a enregistré 2 % des causes comme inconnues et 20 % supplémentaires attribuées à des causes qu'il décrit comme “non classiques”. Le rapport le plus récent du Botswana a comme catégorie unique de la CIM-10 “autres maladies maternelles classées ailleurs mais compliquant la grossesse, l'accouchement et le post-partum” à 22,7 %, une catégorie résiduelle plutôt qu'un diagnostic. L'enquête de l'État d'Ondo au Nigeria a enregistré 5 % des décès de cause inconnue. La plateforme nationale

du Nigeria est le cas le plus flagrant: 44,1 % des décès maternels enregistrés dessus entre 2019 et 2021 relèvent d'une catégorie “autre” non différenciée, et 11,2 % des décès périnataux ne sont pas spécifiés, c'est pourquoi ce rapport n'utilise pas le classement des causes du Nigeria pour qualifier la conclusion de l'hémorragie.

Cela est important car chaque priorité clinique que le continent pourrait définir — recours aux utéro-toniques et à l'acide tranexamique pour les hémorragies, au sulfate de magnésium pour l'éclampsie, aux transfusions sanguines pour l'anémie ou aux antibiotiques pour la septicémie — dépend de la connaissance de la répartition des causes. Lorsque la cause d'un cinquième ou d'un quart des décès n'est pas identifiable, le classement exact ne peut pas être établi à partir de données de routine, et l'investissement est alloué sur estimation plutôt que sur des preuves.

6.2 Causes de la mortalité néonatale

Lorsque les États membres examinent les décès périnataux et néonatals, le tableau est plus concentré que pour les décès maternels et nettement plus exploitable (tableau 6.1).

Tableau 6.1 Causes enregistrées de décès néonatals et périnataux dans les revues nationales. Seuls 14 des 55 États membres ont soumis des données sur les causes de décès néonatales à l'évaluation continentale, et seuls les quatre présentés ici publient une revue nationale enregistrant les causes néonatales ou périnatales. Source: base de données MPDSR [15].

État membre	Point	Principales causes de décès néonatal ou périnatal
Ouganda	Exercice 2024/25	Asphyxie à la naissance 53 %; septicémie 14 %; complications de la prématurité 12 %, ensemble environ 80 %
Zimbabwe	2024	Asphyxie à la naissance 51 %; prématurité 24 %; autres 18 %; septicémie néonatale
Éthiopie	2023/24	Prématurité 28,1 %; asphyxie à la naissance 26,9 %; septicémie, pneumonie et méningite 19,8 %
Namibie	2021–2024	Les affections maternelles (prééclampsie/éclampsie, anémie) ont contribué à 13,9 % des décès périnataux

Trois États membres publient une répartition quantifiée des causes néonatales ou périnatales: l'Ouganda, le Zimbabwe et l'Éthiopie. Parmi eux, l'asphyxie intra-partum représente entre 27 % et 53 % des décès néonatals enregistrés et la prématurité entre 12 % et 28 %; les deux causes réunies représentent entre 55 % et 75 %. Les deux sont traitées par un ensemble d'intervention unique, bien défini et peu coûteux: corticostéroïdes prénataux, soins thermiques et soins maternels kangourou pour la prématurité; assiduité qualifiée, utilisation du partogramme et réanimation néonatale pour l'asphyxie. C'est le signal d'intervention le plus clair de toute la base de preuves.

C'est aussi le moins mesuré. Seuls quinze des 34 États membres de la bibliothèque rapportent des dénombrements de décès néonatals, contre dix-huit décès maternels et dix-sept mortinaissances. L'évaluation continentale présente le même schéma: 36 États membres ont soumis des données sur les services de santé maternelle mais seulement 14 ont soumis des données sur les causes de décès néonatales (Section 5.8). La période néonatale est le segment le moins mesuré du continuum de soins précisément au moment où, comme l'a établi la Section 2.4, la mortalité a cessé de diminuer.

6.3 Où réside le retard

Neuf États membres appliquent le modèle des trois retards dans leurs examens nationaux sous une forme permettant la quantification. Ce qu'ils montrent, c'est que la localisation du retard fatal diffère fortement d'un pays à l'autre et, dans au moins un cas, a évolué au fil du temps (Figure 6.2).

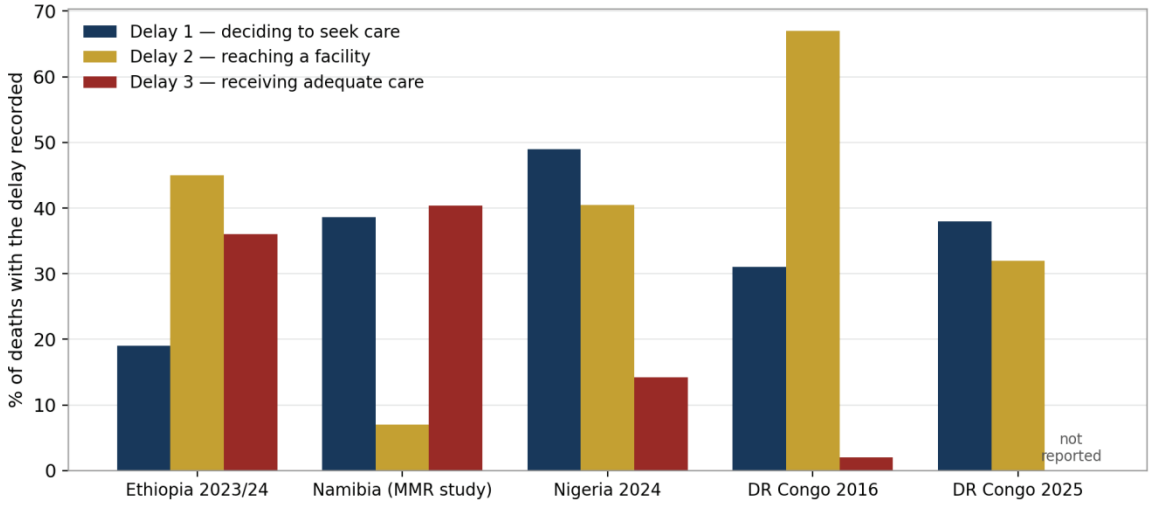


Figure 6.2 Répartition des retards contributifs dans les revues nationales. Seulement neuf des 55 États membres appliquent le modèle des trois retards sous une forme permettant la quantification, et seuls ceux ayant une distribution publiée complète sont affichés; les autres n'utilisent soit pas le modèle, soit ne publient pas la distribution. Les pourcentages dépassent 100 % lorsque plus d'un retard a été enregistré par décès. Source: base de preuves MPDSR [15].

La République démocratique du Congo présente le profil d'accès le plus clair de la bibliothèque. Son examen de 2016 attribuait 67 % des décès maternels à un retard de deux, la distance entre domicile et un établissement, contre 31 % pour la prise de décision familiale et 2 % pour les soins reçus dans l'établissement. Son rapport national de 2025 [62], qui remplace cet examen, situe la décision de consulter à 38 % et le transport vers l'établissement à 32 %. Les deux retards qui surviennent avant qu'une femme ne soit en soins cliniques représentent toujours sept décès sur dix, donc la conclusion tient même si l'équilibre entre eux a changé: pour la RDC, la contrainte déterminante est la géographie et le transport.

Les évaluations nationales de l'Éthiopie montrent le même mouvement dans la direction opposée. Entre l'EFY 2010 (2017/18) et l'EFY 2016 (2023/24), la part des décès maternels examinés où un retard dans la décision de se faire soigner a été enregistré est passée de 66,8 % à 19,0 %, tandis que la part des retards dans l'accès à un établissement est passée de 37,7 % à 45,0 % et celle liée à un retard dans le traitement adéquat est passée de 48,6 % à 36,0 %. Les actions totalisent plus de 100 % car un seul décès peut entraîner plus d'un retard, donc la hausse du second retard ne signifie pas que le transport s'est détérioré en termes absolus; cela signifie que, parmi les décès examinés, l'accès à un établissement est désormais l'obstacle le plus souvent enregistré. C'est à cela qu'apparaît un système lorsque les barrières de la demande disparaissent plus rapidement que le réseau de référence ne s'étend.

L'Ouganda, le Rwanda et la Namibie en sont l'image miroir. Le rapport le plus récent de l'Ouganda indique que le délai d'un a chuté de 6 % et le retard de deux de 8 %, tandis que

le retard du troisième (le délai dans la réception des soins adéquats après l'arrivée) a augmenté de 11 %. C'est le seul retard qui va dans la mauvaise direction. L'étude multirégionale de la Namibie a révélé que le retard trois est le plus grand contributeur individuel avec 40,4 %, devant le premier retard avec 38,6 % et le retard du deuxième à seulement 7,0 %. L'étude de 2016 de la Sierra Leone a révélé que 67 % des décès maternels survenaient dans les hôpitaux et étaient liés à la qualité des soins. L'audit national évalué par les pairs du Rwanda sur 987 décès a révélé que les soins en établissement sous-standards contribuaient à 61,1 % des décès, contre 30,3 % pour les facteurs patients et communautaires, soit le double du taux.

L'endroit où se situe le délai de contrainte varie selon l'État membre

Avec l'augmentation de la fréquentation qualifiée des accouchements, plus de 60 % des pays africains déclarent désormais plus de 80 % des naissances suivies, contre 28 % en 2010 [2]. Dans plusieurs États membres, le retard le plus souvent enregistré est le fait de ne plus atteindre un établissement mais de recevoir des soins adéquats à son sein: l'étude multirégionale de la Namibie situe le troisième retard le plus élevé à 40,4 %, l'Ouganda le note comme le seul retard à augmenter, et la revue de 2016 de la Sierra Leone a révélé que 67 % des décès maternels survenaient à l'hôpital et étaient liés à la qualité.

Cela entraîne une conséquence programmatique directe. Les interventions permettant d'amener les femmes plus rapidement dans les établissements ne les sauveront pas si l'établissement ne dispose pas de sang, d'un bloc opératoire fonctionnel, de sulfate de magnésium ou d'un professionnel formé à l'utilisation d'un partogramme. Dans d'autres États membres, les retards antérieurs dominent encore. La revue la plus récente de l'Éthiopie enregistre le deuxième retard le plus élevé à 45 %, ayant enregistré le premier retard à 66,8 % en 2017/18, et le rapport 2025 de la République démocratique du Congo situe les deux retards préétablissement à 70 % entre les deux.

Le corollaire est le point clé: une prescription continentale unique serait erronée. La RDC a besoin de transport et de proximité; l'Ouganda, le Rwanda et la Namibie ont besoin de capacités d'installations. Les profils de retard doivent guider des réponses spécifiques à chaque pays.

6.4 Combien de ces décès étaient évitables

Neuf États membres évaluent explicitement le caractère évitable des décès ou la qualité des soins (Figure 6.3). Aucun ne rapporte que la majorité des décès sont inévitables.

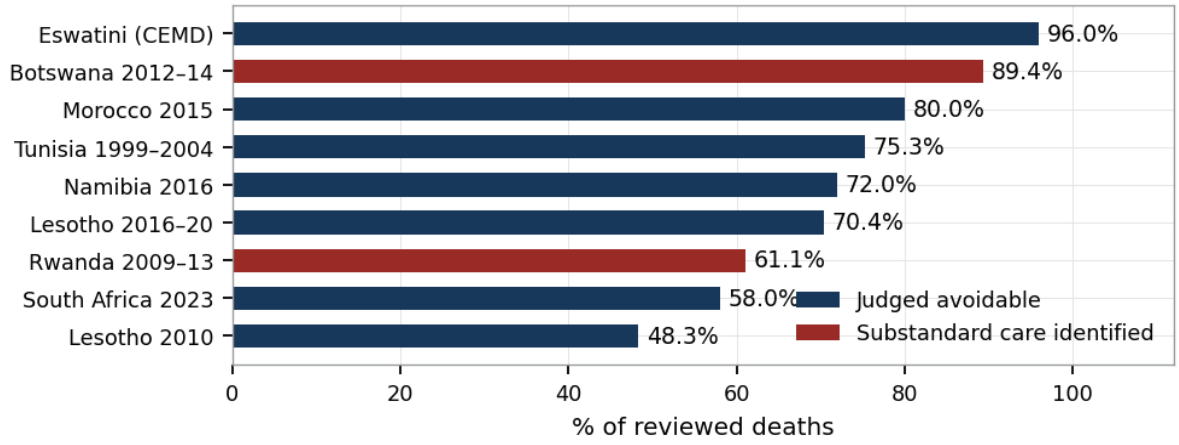


Figure 6.3 Proportion des décès examinés jugés évitables, ou dans lesquels des soins insuffisants ont été identifiés. Les définitions diffèrent selon les pays et les deux mesures ne sont pas équivalentes. Source: base de preuves MPDSR [15].

L'enquête confidentielle triennale d'Eswatini a jugé que 96 % des décès dus à des causes obstétricales directes étaient évitables. La Tunisie a enregistré 75,3 % des décès maternels

comme évitables, certainement ou possiblement. La Namibie a enregistré 72 % comme potentiellement évitables en 2016, la gestion sous-standard ou mauvaise étant le facteur contributif le plus important à 32 %. Le Lesotho a enregistré des facteurs évitables dans environ 70 % des décès examinés entre 2016 et 2020. L'enquête confidentielle marocaine de 2015 a jugé que 80 % des décès étaient évitables, passant à 89 % lorsque la cause était directe, avec seulement 0,7 % jugés inévitables. L'enquête sud-africaine de 2023 est la plus basse du groupe, avec 58 % potentiellement évitable dans le système de santé, et c'est le pays ayant la plus longue enquête et l'infrastructure la plus développée, ce qui suggère que ce chiffre reflète une attribution plus stricte plutôt qu'une meilleure prise en charge.

Le Botswana fournit le résultat le plus inconfortable dans la base de preuves. Son examen de 216 décès maternels entre 2012 et 2014 a trouvé des preuves de soins insuffisants dans 193 (89,4 %) d'entre eux et indique clairement que cela représente une détérioration de dix points de pourcentage contre 79 % enregistrés dans son rapport 2007–2011. Le même rapport indique que 42,2 % des femmes décédées d'une prééclampsie sévère n'ont reçu aucune prise en charge de cette maladie. Un pays doté d'une infrastructure de santé relativement solide a documenté la dégradation de sa propre qualité des soins maternels, dans son propre rapport national, et ce résultat n'est visible dans aucune estimation mondiale.

Le Maroc fournit la seule mesure auto-quantifiée de cet écart sur le continent. Son enquête confidentielle sur les décès de 2015 rapporte que plus de 60 % des décès estimés chez les femmes en âge de procréer n'ont jamais été identifiés par le système de surveillance, et que seulement 41 % des décès maternels estimés pour les six régions prioritaires ont effectivement été audités. Presque aucun État membre ne mesure sa propre sous-évaluation. Le fait que le Maroc le fasse, et le publie, est la pratique qui mérite d'être transférée: un système d'examen qui ne sait pas ce qui lui manque ne peut pas signaler ce qui lui manque.

Pris ensemble, ces chiffres établissent la conclusion la plus importante issue des revues des décès africains: la grande majorité des décès maternels sur ce continent sont jugés, par les cliniciens qui les ont examinés, comme évitables grâce aux ressources et aux connaissances déjà disponibles. Ce n'est pas une frontière de la découverte médicale. C'est un problème de prestation fiable de soins connus. La section 8 et l'annexe 2 exposent, État membre par État membre, les interventions que les gouvernements africains ont déjà mises en place contre ces mêmes causes et ce que chacun d'eux a accompli.

6.5 Les facteurs déterminants, mis en correspondance avec les piliers du système de santé

Les retards et les facteurs évitables identifiés dans les revues nationales se résolvent en un ensemble cohérent de défaillances systémiques. Les cartographier aux éléments de base de l'OMS relie chaque cause de décès au système défaillant et aux interventions de la Section 8 montrées pour y remédier (Tableau 6.2).

Tableau 6.2 Facteurs de mortalité maternelle et néonatale cartographiés aux éléments de base du système de santé de l'OMS, avec des preuves corroborâtes, issues de l'évaluation continentale. Sources: base de preuves MPDSR et évaluation continentale de Africa CDC 2026 [15].

Bloc de construction	Ce que rapportent les critiques de décès	Corroboration dans l'évaluation continentale
Prestation de services	Soins en établissement de qualité inférieure dans 61,1 % des décès (Rwanda); 89,4 % (Botswana); 80 % des décès évitables (Maroc); 58 % potentiellement évitables (Afrique du Sud); retard en hausse de trois (Ouganda); 67 % des décès hospitaliers et liés à la qualité (Sierra Leone); prééclampsie sévère non prise en charge dans 42,2 % des cas (Botswana)	Les systèmes d'audit périnatal rapportés par seulement 66 % des États membres; les mécanismes de retour client par 42 %: le système le plus faible sur le continent
Personnel de santé	Les problèmes du personnel de santé figurent parmi les plus grands facteurs évitables (Ouganda); la gestion sous-standard est le principal facteur contributif (Namibie, Eswatini)	Effectif cité comme obstacle par 70 % des États membres; analyse des écarts de RHS réalisée seulement par 52 %; politiques de transfert de tâches par 62 %
Informations sur la santé	Causes non attribuées dans 7 % (Éthiopie) à 22,7 % (Botswana) des décès; causes attribuées par district nécessitant une reclassification nationale (Sierra Leone); sous-déclaration quantifiée (Maroc)	Seuls 55 % des États membres désagrègent entièrement les données SSR; 58 % surveillent la couverture du SONU-B; 32 % n'ont soumis aucune donnée de prestation de services
Produits médicaux	Le manque de sang pour la transfusion est le principal facteur évitable (Malawi); les lacunes de produits et d'équipements récurrentes dans les revues	Les stocks de matières premières cités comme un obstacle par 51 % des États membres; L'Afrique importe 60 % de l'acide tranexamique utilisé pour les hémorragies post-partum [5]
Financement	L'incapacité à payer et l'absence d'assurance maladie parmi les principaux facteurs contributifs (examen sur les cas de quasi-accident au Nigeria); les dépenses à la charge du patient constituent un facteur récurrent lié au patient	Financement insuffisant, la barrière la plus classée à 72 %; 50 % des États membres n'ont pas une ligne budgétaire dédiée à la SSR; les paiements à leur charge constituent une barrière à 50 %
Leadership et gouvernance	Faible taux d'exécution des recommandations d'audit nommées par le pays lui-même (Bénin); taux de notification et de révision stables malgré l'obligation légale (Madagascar)	42 % des États membres ne disposent pas d'un mécanisme de coordination; 44 % n'ont pas de plan opérationnel budgété; Le ministère des Finances ne présente que 42 % des mécanismes

La correspondance entre les deux colonnes constitue la récompense analytique de la lecture simultanée de ces flux de preuves. Ce que les États membres rapportent comme faiblesses du système dans un questionnaire de politique apparaît, indépendamment, comme la cause enregistrée des décès individuels des femmes dans leurs propres revues cliniques. L'évaluation continentale indique que les mécanismes de retour des clients sont le système le plus faible du continent; les revues de décès indiquent des soins de qualité inférieure comme facteur contributif principal. L'évaluation indique que la moitié des États membres n'ont pas de ligne budgétaire dédiée à la SSR; les évaluations mentionnent l'incapacité à payer parmi les principales raisons pour lesquelles les femmes se sont présentées trop tard. Ce sont les mêmes résultats, observés deux fois.

6.6 La boucle de responsabilité: la défaillance centrale

La surveillance et la réponse aux décès maternels et périnataux tirent leur nom du dernier mot. La surveillance sans réponse est une piste d'audit, pas une intervention. La base de preuves permet une évaluation directe de la fréquence à laquelle la boucle se ferme effectivement (Figure 6.4).

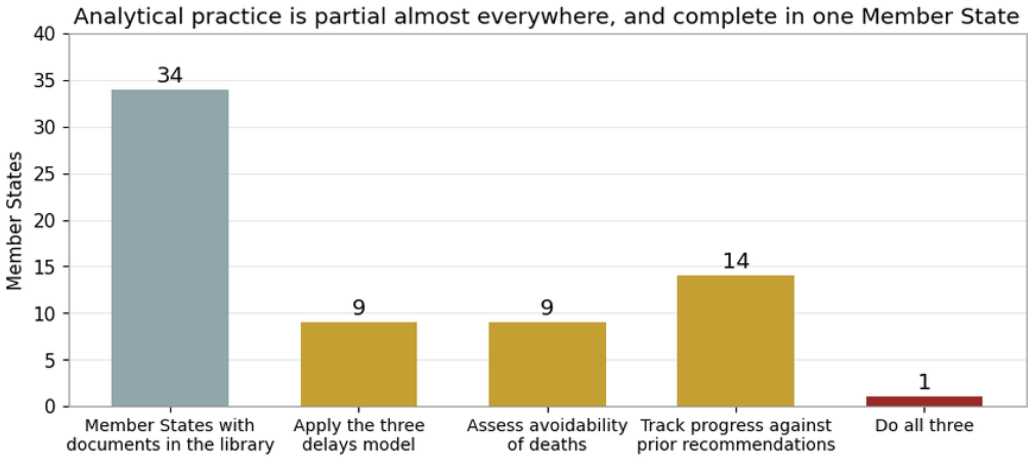


Figure 6.4 Exhaustivité analytique des systèmes nationaux d'évaluation des décès, 34 États membres disposant de documents dans la bibliothèque. Les trois catégories intermédiaires ne se chevauchent que partiellement; la barre finale compte les États membres faisant les trois. Source: base de preuves MPDSR [15].

Parmi les 34 États membres dont les rapports ont été examinés, neuf appliquent le modèle des trois retards de façon quantifiée, neuf évaluent la possibilité d'éviter les décès qu'ils examinent, et quatorze publient des rapports qui suivent les progrès par rapport aux recommandations faites lors des cycles précédents. Les quatorze sont le Bénin, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, la République démocratique du Congo, l'Éthiopie, le Kenya, le Malawi, le Maroc, la Namibie, le Nigeria, la Sierra Leone, l'Afrique du Sud, la Tanzanie et l'Ouganda.

Ce sont en grande partie des groupes de pays différents, et c'est la constatation la plus préoccupante. Seuls six États membres apparaissent à la fois dans le groupe des trois retards et dans le groupe de suivi des recommandations, et **un seul pays, la Namibie, effectue ces trois démarches:** analyse les retards contributifs, évaluation du caractère évitable des décès et rapport sur la suite donnée aux recommandations antérieures. Un État membre peut donc analyser en détail les raisons pour lesquelles des femmes sont décédées sans jamais enregistrer si quelque chose a été fait à ce sujet ou suivre ses recommandations sans analyser les retards ayant entraîné les décès. La pratique analytique complète, telle que l'instrument a été conçu, est actuellement l'exception plutôt que la norme.

Le rapport du Cameroun pour le premier semestre 2026, le plus récent rapport national publié à la bibliothèque, énonce la même conclusion à son sujet. Il enregistre un taux d'évaluation des décès maternels de 92 % au niveau national, amélioré par rapport au premier semestre 2025, et un taux de revue néonatale de 75 % allant de 21 % à 97 % entre régions, puis précise clairement que le défi n'est plus de mener les examens mais de mettre en œuvre leurs recommandations. Lorsqu'un État membre atteint ce diagnostic de manière indépendante, la constatation continentale cesse d'être un jugement externe et devient partagé.

Le rapport de 2019 du Bénin contient le diagnostic le plus clair de l'échec dans toute la bibliothèque. Il cite, comme faiblesses nationales: un faible taux de réussite des audits de décès, des retards dans la transmission des rapports d'audit, et explicitement, un faible taux d'exécution des recommandations issues de ces audits. Un État membre a identifié, dans son propre rapport national, que les recommandations produites par ses cliniciens ne sont pas mises en œuvre. Madagascar rapporte le même schéma en termes différents: les taux de notification et d'examen restent stables malgré deux instruments juridiques qui les imposent.

Le Nigeria fournit la première mesure nationale de la rupture de la boucle. Son rapport 2019-2021, tiré de la plateforme nationale MPCDSR, indique que 83,6 % des décès maternels ont été notifiés mais seulement 17,8 % ont été examinés, et que pour les décès périnataux, 37,1 % ont été signalés et 1,7 % examinés [63]. L'échec ne concerne donc pas principalement la notification, étape sur laquelle la plupart des directives continentales se concentrent, mais ce qui se passe une fois qu'un décès a été notifié. Son rapport 2021-2025 montre que la situation se dégrade: les décès maternels passant par l'examen sont passés de 2 618 en 2020 à 749 en 2025, tandis que les décès enregistrés dans le système national d'information sanitaire sont restés entre environ 4 000 et 5 500, ce qui a fait que la part examinée est passée de 41 % en 2022 à 17 % en 2025 [64]. Un décompte décroissant des décès examinés ne doit jamais être interprété comme une mortalité en baisse. Dans le plus grand pays du continent, c'est une mesure de surveillance qui remonte en arrière.

Afrique du Sud: que se passe-t-il lorsque la boucle se ferme

L'Afrique du Sud mène la plus longue enquête confidentielle sur les décès maternels du continent, publiée tous les trois ans depuis 1998. Dans le rapport «Saving Mother» 2017–2019, le ratio de mortalité maternelle institutionnelle est tombé sous la barre de 100 pour 100 000 naissances vivantes pour la première fois depuis le début de la série.

Le rapport attribue explicitement cela à l'évaluation des décès maternels individuels et à la mise en œuvre des recommandations qui suivent, décrivant l'Afrique du Sud comme l'un des rares pays au monde à évaluer les décès individuels et à mettre en œuvre les recommandations qui en découlent.

La plus forte baisse individuelle depuis 2010 concernait les décès dus à des infections non liées à la grossesse, à la suite du déploiement des antirétroviraux. À mesure que d'autres causes diminuaient, les affections médicales et chirurgicales sont apparues comme une cause sous-jacente majeure, la transition épidémiologique produite par des programmes de santé maternelle réussis, et les preuves que le système détecte ce qu'il est censé détecter.

Le contraste entre le diagnostic du Bénin et le résultat sud-africain est, selon ce rapport, la comparaison unique la plus importante dans la base de preuves. Le même instrument (revue systématique des décès individuels) produit un résultat de premier plan au continent où les recommandations sont mises en œuvre et ne produit rien là où elles ne le sont pas. L'enquête sud-africaine de 2023 affine plutôt qu'elle n'affaiblit le point: avec le ratio institutionnel de retour à 111,7 après la vague de COVID-19, le gain n'a été maintenu que pendant que le cycle a été maintenu. La variable déterminante n'est pas la qualité de la revue clinique. C'est la question de savoir si quelque chose se passe ensuite.

6.7 Ce que les preuves évaluées par les pairs apportent

Les conclusions énoncées ci-dessus proviennent des propres rapports des États membres. Il est important que la recherche indépendante et évaluée par les pairs parvienne aux

mêmes conclusions pour deux raisons: elle teste la fiabilité de la méthode de ce rapport, et la littérature publiée peut répondre à une question que les rapports nationaux ne peuvent pas répondre: la surveillance et la réponse aux décès maternels et périnataux réduisent-elles réellement la mortalité?

L'instrument fonctionne-t-il?

Les preuves de la plus haute qualité sur cette question sont une revue systématique Cochrane des audits de décès et des revues visant à réduire la mortalité maternelle, périnatale et infantile [32]. Ses résultats sont plus précis et plus prudents que ce que la littérature plus large sur la revue des décès suggère généralement, et ils ont des implications directes sur ce que ce rapport devrait recommander.

La revue n'a trouvé que deux essais éligibles en clusters randomisés (tableau 6.3). Le premier, QUARITE, a été mené dans 46 hôpitaux publics de référence au Sénégal et au Mali, randomisé en une intervention comprenant un atelier interactif initial et des visites éducatives trimestrielles axées sur la revue des décès maternels et la mise en œuvre des meilleures pratiques [32,33]. Le second, OPERA, a été réalisé en France [32].

Tableau 6.3 Résultats de la revue systématique Cochrane des audits et revues des décès. Source: Willcox et al., Base de données Cochrane des revues systématiques, 2020 [32].

Conséquences	Effet	Certitude des preuves
Mortalité maternelle en hospitalisation, hôpitaux de district à faible revenu	Probablement réduit. QUARITE a rapporté un rapport de cotes de 0,85 (IC 95 % 0,73–0,98, p=0,03), avec un effet limité aux hôpitaux de référence de premier niveau	Modéré
Proportion de femmes recevant des soins de haute qualité	Probablement augmenté. Rapport de cotes 1,87 (IC 95 % 1,35–2,57)	Modéré
Taux de mortinaissance en hospitalisation	Probablement peu ou pas de différence	Modéré
Mortalité néonatale en hospitalisation après 24 heures	Cela peut faire peu ou pas de différence; l'intervalle de confiance inclut à la fois bénéfice et inconvénient	Faible
Audit des décès périnataux dans les pays à revenu faible et intermédiaire	Aucune preuve éligible n'a été identifiée	—

Trois points suivent, et le rapport les expose clairement plutôt que de surestimer l'argument pour un instrument qu'il recommande autrement.

- Les preuves soutiennent l'évaluation des décès comme faisant partie d'une intervention complexe, et non comme une activité autonome. Ce que QUARITE a testé était la revue des décès maternels conjointe au développement local du leadership et à la formation clinique. Les auteurs de Cochrane précisent clairement que c'est cette combinaison qui réduit probablement la mortalité maternelle en hospitalisation dans les hôpitaux de district à faible revenu [32]. Imposer des évaluations de décès sans les composantes de leadership et de formation n'est pas ce que les preuves de l'essai soutiennent.
- L'effet démontré sur la mortalité est réel mais modéré (un rapport de cotes de 0,85, limité aux hôpitaux de référence de premier niveau) et nettement inférieur aux chiffres parfois cités dans la promotion de la revue des décès. L'effet plus fort et plus

constant concerne la qualité des soins, où les chances qu'une femme reçoive des soins de haute qualité étaient presque deux fois plus élevées dans les hôpitaux d'intervention [32].

- Pour l'audit des décès périnataux en particulier, la revue Cochrane n'a identifié aucune preuve éligible provenant de pays à revenu faible et intermédiaire [32]. Les études observationnelles avant/après rapportent des réductions substantielles de la mortalité périnatale après un audit périnatal en établissement, et la revue systématique confirme que l'audit révèle de manière fiable des déficiences modifiables dans les soins [25,26]; mais ces preuves sont d'un plan exclu par la revue Cochrane, et ne doivent pas être présentées comme équivalentes.

Ce que cela signifie pour les recommandations de ce rapport

L'argument en faveur de la surveillance et de la réponse aux décès maternels et périnataux ne repose pas sur un effet de mortalité démontré important. Il repose sur trois choses: une réduction modérée mais réelle de la mortalité maternelle en hospitalisation où la révision est combinée à du leadership et de la formation; une amélioration substantielle et mieux documentée de la qualité des soins que reçoivent les femmes; et le fait que la revue des décès est le seul instrument qui identifie, à l'échelle nationale et à faible coût, quels échecs spécifiques tuent les femmes dans un pays donné.

Cette dernière propriété n'est prise en compte dans aucun résultat de procès, et c'est pourquoi ce rapport considère l'examen de décès comme indispensable. Un pays ne peut pas diriger des ressources rares au troisième délai, à l'approvisionnement en sang, aux protocoles d'éclampsie ou au transport de référence à moins de savoir lequel d'entre eux tue ses femmes, et qu'aucun autre instrument de routine ne le lui confirme.

Le corollaire est une mise en garde contre l'excès de revendication. L'examen des décès devrait être défendu comme principal instrument du continent pour améliorer la qualité et fixer les priorités, mené avec leadership et formation, plutôt que comme une intervention directe de réduction de la mortalité en soi.

La littérature est également claire quant à la condition associée à tout bénéfice. L'audit n'améliore les résultats que lorsque le cycle est achevé. C'est-à-dire que l'examen conduit à l'action et que l'action est ensuite remesurée [25,26,32]. Les revues de la mise en œuvre dans les pays à revenu faible et intermédiaire montrent que, bien que la grande majorité de ces pays ait une politique nationale exigeant l'examen des décès maternels, seule une minorité exploite l'ensemble du cycle de surveillance et de réponse [23]. C'est la même conclusion atteinte à la Section 6.6 à partir d'une base de preuves entièrement distincte: l'instrument fonctionne, et il n'est généralement pas achevé.

Corroboration indépendante du tableau continental

Une analyse régionale des performances du MPDSR dans la région africaine de l'OMS entre 2015 et 2022 a examiné les rapports de 25 des 47 pays (53 %) des États, l'Afrique de l'Est et australe contribuant plus de la moitié de ces pays [20]. Ses résultats correspondent étroitement à la bibliothèque rassemblée pour ce rapport. Moins de 30 % des décès maternels et seulement 12 % des décès néonatals enregistrés dans les systèmes nationaux de logiciels d'information sanitaire des districts ont été notifiés au MPDSR, et environ 63 % des décès maternels déclarés ont été examinés [20].

Ce premier chiffre mérite d'être souligné. Cela signifie que la majorité des décès maternels déjà connus par le système d'information sanitaire de routine d'un pays ne sont jamais

intégrés au système de revue. Les décès sont comptés puis non examinés. La même analyse identifie les contraintes: pénurie de travailleurs de la santé maternelle formés au MPDSR, harmonisation des données insuffisante et absence de métriques standardisées, financement insuffisant, absence de comités MPDSR fonctionnels au niveau des établissements, et faible engagement de la direction envers les objectifs de santé maternelle et néonatale [20]. Chacun de ces éléments correspond à un élément fondamental du tableau 6.2.

Pourquoi l'étape de réponse échoue

Une littérature qualitative substantielle explique désormais pourquoi la moitié "réponse" du MPDSR est celle qui échoue, et elle est remarquablement cohérente dans tous les contextes. Une évaluation des systèmes MPDSR au niveau des établissements dans quatre pays d'Afrique subsaharienne a identifié les principaux obstacles: l'absence d'un environnement d'apprentissage propice, la peur du blâme et des litiges, le manque de ressources financières, le fort roulement du personnel, ainsi que les attitudes et pratiques défensives; les facilitateurs étaient l'implication communautaire, le renforcement suffisant des capacités et la supervision de soutien [21]. Une revue systématique de la mise en œuvre du MPDSR en Éthiopie aboutit aux mêmes conclusions, ajoutant la préparation organisationnelle et la culture du blâme comme obstacles dominants [22]. Une revue systématique des études qualitatives et une revue de portée des facteurs de mise en œuvre dans les pays à revenu faible et moyen confirment ce schéma [23,24].

La culpabilité est le facteur d'échec des processus d'examen des décès

La conclusion la plus cohérente dans la littérature qualitative est que la crainte — de blâme, de poursuites disciplinaires, de litige — détermine si un examen de décès produit des informations honnêtes et si ses recommandations sont suivies [21,22,24].

Cela a une incidence directe sur les conclusions de la Section 6.1 de ce rapport. Lorsqu'un cinquième ou un quart des décès maternels sont enregistrés sans cause assignée, ou sont classés dans des catégories résiduelles, l'explication peut être autant institutionnelle que technique. Un système dans lequel attribuer un décès à des soins de qualité inférieure comporte un risque professionnel générera des causes non spécifiées.

Cela explique également pourquoi le modèle d'enquête confidentielle (anonymisée, non punitive, menée à distance de l'établissement) produit l'attribution des causes la plus complète dans cette base de preuves. L'Afrique du Sud, la Namibie, l'Eswatini et le Malawi — pays qui réalisent les évaluations les plus complètes du caractère évitable des décès — ont tous adopté ce modèle.

L'attribution de la cause est elle-même incertaine

Ce rapport a traité les causes de décès enregistrées avec prudence tout au long du film, et la littérature soutient cette prudence. Une revue systématique et une méta-analyse de la fiabilité des instruments d'audit maternel dans l'attribution de la cause de décès ont révélé que l'instrument utilisé affecte de manière significative la cause enregistrée [27]. Des recherches qualitatives en Tanzanie sur l'identification de la "véritable cause de décès" documentent la complexité de la parvenir à un accord sur la causalité au sein des comités d'examen, ainsi que le caractère négocié de la classification résultante [28]. Des travaux complémentaires sur les perspectives du personnel des établissements à Kigoma, en Tanzanie, examinent comment ces processus fonctionnent en pratique au niveau des établissements [29].

Ces résultats valident la position méthodologique adoptée dans la Section 4.6: les distributions des causes issues des revues des décès décrivent des schémas et ne doivent pas être utilisées pour classer les États membres. Elles renforcent également l'argument de la Section 5.4 en faveur des définitions et instruments standardisés, puisque l'alternative est un profil de cause continental qui reflète en partie les outils utilisés pour le construire.

Que fait-on actuellement à ce sujet: critique de décès virtuel

L'innovation récente la plus directement pertinente est le système national d'évaluation virtuelle des décès maternels de la Tanzanie. La Tanzanie exploitait le MPDSR depuis plus de dix ans, et les évaluations ont précisément identifié les limites que ce rapport a décrites ailleurs: participation insuffisante des spécialistes, analyse faible des causes profondes et suivi insuffisant des plans d'action, réduisant ensemble l'efficacité du système pour prévenir les décès maternels évitables [19]. En 2021, le ministère de la Santé a introduit des revues quotidiennes virtuelles des décès maternels, et la mise en œuvre ainsi que les résultats pour 2022 et 2023 ont désormais été publiés [19].

La conception répond à chaque défaillance identifiée. La réalisation d'examens virtuels et quotidiens invite des spécialistes nationaux à des examens au niveau des établissements auxquels ils ne pourraient autrement pas assister, renforce l'analyse des causes profondes grâce à la participation des experts, et fait du suivi des plans d'action une activité nationale courante plutôt qu'une activité locale occasionnelle. C'est, en fait, une tentative de fermer la boucle de réponse en changeant qui est présent dans la salle et à quelle fréquence la salle se réunit. Un modèle parallèle (revue virtuelle internationale et confidentielle des décès maternels liés à l'infection et des quasi-accidents dans onze pays à revenu faible et intermédiaire) démontre que cette approche peut être appliquée au-delà des frontières aussi bien qu'à l'intérieur d'elles [30].

Cela est important pour les recommandations qui suivent. L'obstacle à la fermeture de la boucle de responsabilité a généralement été présenté comme une question de ressources et de personnel. La revue virtuelle suggère qu'une part substantielle de cette activité est liée à la logistique et à la révocation, et que cette composante peut être traitée à faible coût marginal grâce aux infrastructures que la plupart des États membres possèdent déjà. L'expérience de la Tanzanie, ainsi que des travaux similaires de renforcement du système documentés au Cameroun [31], constituent la constatation la plus transférable de cette section.

Ce que la littérature confirme, et ce qu'elle apporte

Les preuves évaluées par les pairs confirment les quatre principales conclusions de cette synthèse: que l'évaluation des décès est un instrument efficace; que son efficacité dépend entièrement de l'achèvement du cycle de réponse; que le cycle est achevé dans une minorité de pays africains; et que les raisons sont institutionnelles et culturelles autant que techniques ou financières.

Il ajoute trois éléments que ce rapport n'a pas pu établir uniquement à partir des rapports nationaux. Premièrement, des preuves de qualité d'essai sur ce que la revue des décès accomplit ou non, et dans quelle mesure l'effet dépend de la qualité des soins plutôt que de la mortalité directe. Deuxièmement, une explication des causes non attribuées documentées à la Section 6.1: la culture du blâme supprime l'attribution honnête. Troisièmement, la preuve que l'écart de notification est plus grand que l'écart de la revue: la plupart des décès

maternels n'atteignent jamais le système d'évaluation, même lorsque le système d'information de routine les a déjà enregistrés. Toute stratégie qui se concentre sur l'amélioration de la qualité des examens sans traiter de notification améliorera donc l'analyse d'une minorité de décès en diminution et non représentative.

6.8 La réponse à la question

En Afrique, les mères, les nouveau-nés et les enfants meurent d'un nombre restreint d'affections bien connues: surtout es hémorragies obstétricales, suivies des troubles hypertensifs, de la septicémie, des avortements à risque et des dystocies (accouchements difficiles); et, chez les nouveau-nés, la prématurité et l'asphyxie intra-partum. Dans les contextes à forte prévalence du VIH, les causes indirectes jouent un rôle plus important que ne le laissent supposer les estimations mondiales, et l'anémie apparaît comme une cause de mortalité plus marquante dans les études africaines que dans les analyses à l'échelle mondiale.

Ils meurent à cause de retards dont la nature varie selon le pays: dans certains cas, il s'agit de la distance qui les sépare de l'établissement de santé; dans un nombre croissant de pays, c'est la qualité des soins qui y sont dispensés. Ces décès pourraient être évités: dans chaque État membre ayant examiné la question, la majorité des décès analysés ont été jugés évitables, atteignant même 96 % dans l'un des cas.

Les moteurs de ces retards sont les défaillances du système de santé exposées dans **le tableau 6.2**, chacune étant corroborée de manière indépendante par ce que les États membres rapportent sur leurs propres systèmes: pénuries de main-d'œuvre, absence de produits et de sang, lacunes de financement qui font peser les coûts sur les femmes au centre de soins, systèmes d'information qui ne peuvent pas dire pourquoi un cinquième des femmes est décédée, et dispositifs de gouvernance dans lesquels les ministères des finances sont absents et où les recommandations d'audit restent non appliquées.

Le facteur le plus profond, cependant, n'est aucun de ces éléments individuellement. C'est que le continent génère déjà les preuves nécessaires pour prévenir ces décès et n'agit pas systématiquement en conséquence. Quatorze des 34 États membres ferment la boucle entre l'examen d'un décès et le changement de ce qui se passe ensuite, et un seul le fait tout en analysant les retards et en jugeant la possibilité d'évitement. Là où la boucle se ferme, la mortalité diminue, de manière démontrable et à l'échelle nationale. Là où ce n'est pas le cas, les mêmes recommandations sont rédigées à nouveau l'année suivante.

C'est une conclusion avec une caractéristique inhabituelle pour un rapport de ce type: il identifie une solution déjà en activité sur le continent, d'origine africaine, ne nécessite aucune nouvelle technologie et coûte relativement moins. **Les sections 7 et 8** exposent ce qui en découle.

7. Opportunités d'amélioration de la santé maternelle et infantile en Afrique

Les sections précédentes établissent ce qui tue les mères, nouveau-nés et enfants africains, et pourquoi. Cette section expose ce qui peut être fait à ce sujet, dans quel ordre et à quel prix. Elle est délibérément sélective. La littérature sur la santé maternelle et néonatale contient des centaines d'interventions possibles; ce rapport identifie dix opportunités qui découlent directement des preuves rassemblées ici et que les États membres sont en position d'agir dès maintenant.

7.1 Manière d'identification de ces opportunités

Quatre tests ont été appliqués. Il fallait qu'il y ait une opportunité d'aborder une cause ou un moteur que ce rapport a réellement documenté, et non un élément importé d'ailleurs. Il fallait qu'il y ait des preuves d'effet, avec la force de ces preuves exprimée honnêtement. Il fallait que ce soit réalisable dans le cadre financier décrit à la Section 2.7 plutôt que dans un environnement qui n'existe plus. Et il devait être actionnable par les personnes à qui ce rapport s'adresse aux chefs d'État, aux ministres de la santé et des finances, et à Africa CDC, plutôt que d'exiger une action de la part d'autres.

L'application de ces tests produit dix opportunités, qui se répartissent en trois groupes par coût et complexité (**Figure 7.1**).

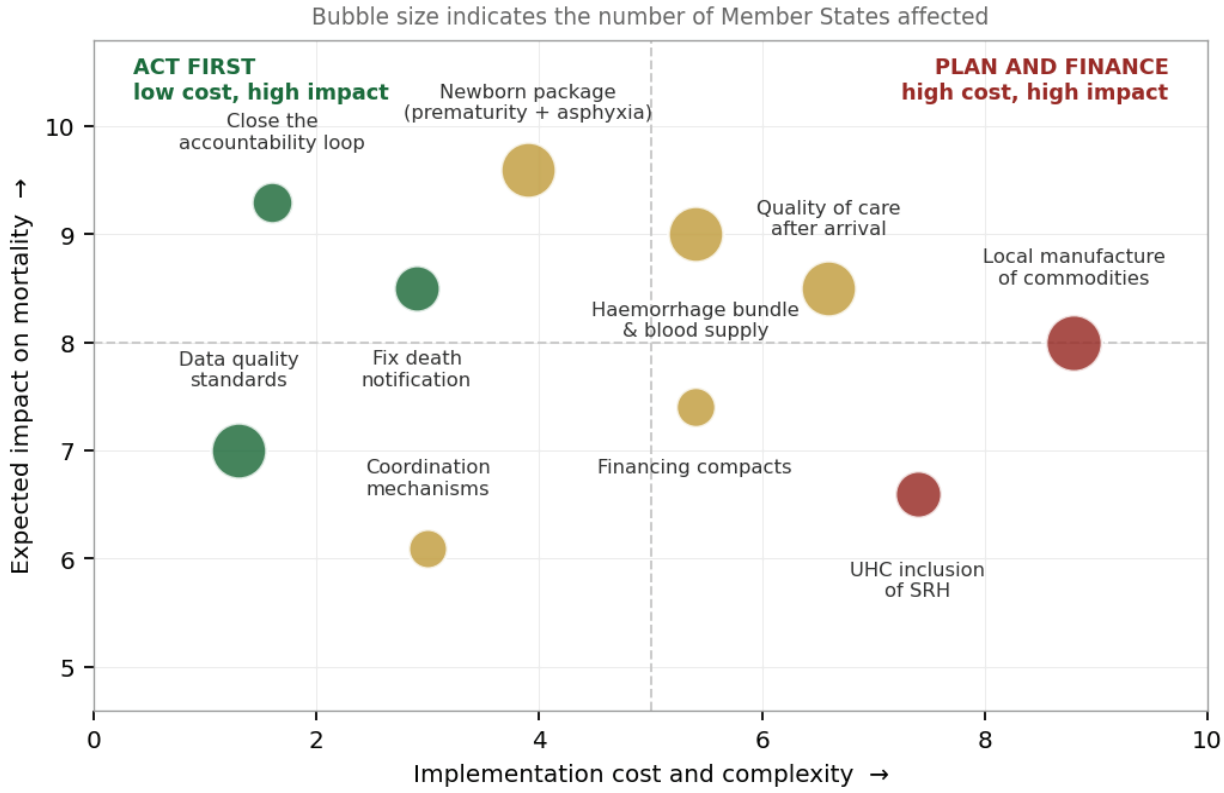


Figure 7.1 Les dix opportunités sont positionnées par impact attendu sur la mortalité par rapport au coût et à la complexité de la mise en œuvre. Les positions reflètent le jugement de ce rapport sur la base des preuves contenues dans les sections 2 à 6; la taille de la bulle indique le nombre d'États membres concernés.

7.2 Agir en premier: trois opportunités coûtant presque rien

La conclusion la plus importante de ce rapport est que l'Afrique génère déjà les preuves nécessaires pour prévenir ces décès et n'agit en grande partie pas en conséquence. Cela a une implication inhabituelle: les actions les plus rentables figurent aussi parmi les moins coûteuses, car l'étape onéreuse — l'examen des décès — est déjà réalisée.

Opportunité 1. Fermer la boucle de responsabilité

Vingt-quatre des 34 États membres dont les rapports ont été examinés ne publient aucun registre des progrès par rapport à leurs propres recommandations antérieures. Exiger que chaque rapport national d'examen des décès maternels et périnataux contienne une telle section ne coûte rien au-delà de la discipline de la rédiger. Cela transforme une piste d'audit en un instrument de responsabilité, et c'est l'étape qui distingue les pays où la mortalité a diminué de ceux où les mêmes recommandations sont rédigées chaque année.

Preuves: Section 6.6; corroborées par les conclusions de la revue Cochrane selon lesquelles l'audit n'améliore les résultats que lorsque le cycle est achevé [32], et par le taux de mortalité maternelle institutionnel de l'Afrique du Sud tombant sous la barre de 100 pour 100 000 pour la première fois depuis 1998, attribué par le rapport national à la mise en œuvre des recommandations de revue. L'enquête de 2023 montre que le gain n'a pas été maintenu — le ratio est de 111,7, contre 109,6 en 2022 et 98,8 en 2019 — ce qui est l'argument en faveur de la continuité plutôt que contre le mécanisme: un cycle de révision ne produit des résultats que tant qu'il est doté de ressources et d'action.

Opportunité 2. Corriger la notification avant d'améliorer la révision

Moins de 30 % des décès maternels et seulement 12 % des décès néonatals déjà enregistrés dans les systèmes nationaux d'information sanitaire sont notifiés au système d'examen [20]. Les décès sont comptés puis non examinés. Concilier les deux systèmes, afin que chaque décès maternel enregistré dans le DHIS ou son équivalent génère une notification pour examen, est une tâche administrative et systémique, et non clinique ou financière.

Ce séquençage est important. Tout programme qui améliore la qualité des examens sans prendre en compte la notification améliorera l'analyse d'une minorité de décès en diminution et non représentative, et sous-comptera systématiquement les décès survenus en dehors du système des établissements. Il s'agit précisément des décès associés à l'accès le plus faible.

Opportunité 3. Adopter des normes de qualité des données avant le prochain appel de données

La section 5.4 documente six défauts récurrents dans les données de prestation de services soumises par les États membres: dénominateurs obsolètes, dérive définitionnelle, morbidité rapportée comme mortalité, erreurs d'unité, mouvements d'un an improbables et incohérences internes. Chaque remède est une définition, une unité, une vérification de portée ou une étape de réconciliation. Aucune ne nécessite de nouvelles technologies, de personnel ou d'infrastructures, et chaque analyse ultérieure dans chaque rapport dépendant d'eux.

Pourquoi les opportunités les moins chères sont aussi les plus urgentes

L'aide au développement pour la santé en Afrique a diminué d'environ 70 % depuis 2021 [8]. Dans ce contexte, la question n'est pas seulement quelles interventions fonctionnent, mais lesquelles peuvent être mises en œuvre avec des ressources nationales sous pression.

Les opportunités 1 à 3 ne nécessitent pas de nouveaux fonds. Elles nécessitent des décisions: une exigence de déclaration, une réconciliation des systèmes et un ensemble de définitions. Ce sont les seules opportunités de ce rapport qui pourraient être pleinement mises en œuvre dans un seul mandat de la Championne.

7.3 Opportunités cliniques: les interventions ciblant la majorité des décès

Opportunité 4. Le paquet de nouveau-né

Dans les trois États membres qui publient une répartition quantifiée, l'asphyxie intra-partum et la prématurité représentent ensemble entre 55 % et 75 % des décès néonatals enregistrés: 53 % et 12 % respectivement en Ouganda, 51 % et 24 % au Zimbabwe, 26,9 % et 28,1 % en Éthiopie. Les deux sont traités par un ensemble bien défini: corticostéroïdes prénataux, soins thermiques et soins maternels kangourou pour la prématurité; assiduité qualifiée, utilisation du partogramme et réanimation néonatale pour l'asphyxie.

C'est le signal d'intervention le plus clair dans la base de preuves, et c'est l'opportunité la plus proche de l'objectif de la Championne de zéro décès néonatal évitable. C'est aussi le segment du continuum où la mortalité a cessé de diminuer: la mortalité néonatale reste globalement stable dans le groupe rapportant tandis que la mortalité infantile et de moins de cinq ans diminue, ce qui signifie que la part des décès infantiles chez les néonatals augmente.

Opportunité 5. Le faisceau d'hémorragie et l'apport sanguin

L'hémorragie obstétricale est la principale cause enregistrée de décès maternel dans 18 des 25 États membres déclarants. La réponse clinique n'est pas remise en question; utéro-tonique, acide tranexamique, tamponnade par ballonnet utérine, chirurgie rapide et, de manière décisive, sang. L'enquête confidentielle du Malawi identifie le manque de sang pour la transfusion comme le principal facteur évitable dans ses décès maternels.

L'apport sanguin est la contrainte déterminante et c'est un problème du système plutôt que clinique: collecte, test, stockage, distribution et, au moment du besoin, un bloc opératoire fonctionnel et un prestataire capable d'agir. La livraison du dernier kilomètre par drone au Rwanda, qui a réduit les temps d'apport sanguin d'heures à quelques minutes et réduit le gaspillage d'environ sept unités par établissement par mois, démontre que la composante de distribution est gérable [A2.10].

Opportunité 6. Déplacer l'investissement vers la qualité des soins après l'arrivée

À mesure que la fréquentation qualifiée des accouchements s'est accrue, le retard décisif dans un nombre croissant d'États membres n'est plus d'atteindre un établissement mais de recevoir des soins adéquats à l'intérieur. L'Ouganda enregistre une augmentation de 11 % du troisième retard tandis que les premier et second diminuent. L'audit national du Rwanda attribue 61,1 % des décès à des soins en établissement de qualité inférieure. Le Maroc estime que 80 % des décès sont évitables et l'Afrique du Sud 58 % potentiellement évitables.

Le Botswana documente des soins de qualité inférieure à 89,4 % des décès examinés, en dégradation par rapport à 79 % lors de son cycle précédent.

C'est la réaffectation la plus importante que recommande ce rapport, et aussi la plus exigeante: elle implique un investissement dans la capacité d'urgence en soins obstétricaux et néonatals, le mentorat clinique, les exercices, les protocoles et la supervision, plutôt que dans la génération et le transport de la demande seuls. Le troisième délai du paquet d'Eswatini (audits décentralisés avec notification 24h/24, mentorat sur site ciblant les établissements à forte mortalité, les maisons d'accueil pour maternités et l'engagement des gardiens traditionnels) a porté la fréquentation qualifiée de l'accouchement d'environ 84 % à environ 92 % et a réduit de moitié les décès maternels en établissements [A2.3].

Le corollaire de la **Section 6.3** doit être respecté: il ne s'agit pas d'une prescription universelle. En République démocratique du Congo, la distance par établissement a contribué à 67 % des décès maternels et les soins en établissement à 2 %. Chaque État membre devrait établir son propre profil de délai avant de réaffecter.

7.4 Opportunités structurelles

Opportunité 7. Financement de pactes avec un groupe identifié d'États membres

Vingt-trois États membres n'ont ni ligne budgétaire dédiée à la SSR ni augmentation intérieure sur trois ans, et vingt-six reçoivent un financement externe de la SSR sans déclarer de croissance intérieure. Il s'agit d'un groupe nommé, pas d'un problème continental diffus, et il peut être géré pays par pays. Le Pacte multi-donateurs de planification familiale de l'Éthiopie illustre ce mécanisme: le cofinancement national progressive sous gouvernance conjointe avec suivi transparent, qui a multiplié le financement gouvernemental de la planification familiale d'environ dix-neuf fois et éliminé les importants stocks nationaux [A2.11, A2.12].

Deux caractéristiques de conception comptent. Les ministères des Finances doivent être à la table — ils ne participent qu'à 40 % des mécanismes nationaux de coordination de la SSR tandis que le manque de financement est la barrière la plus importante. Et le suivi budgétaire doit être désagrégé: les services adolescents de la SSR et de la VGB, que les États membres eux-mêmes désignent comme prioritaires, ne sont suivis que par 26 % et 18 % respectivement.

L'expérience des instruments de financement négociés à l'externe devrait éclairer la conception de ces accords. La Facilité mondiale de financement, créée en 2015 et hébergée à la Banque mondiale, a engagé 1,39 milliard de dollars US en subventions dans 38 pays, dont 71,9 % des subventions soutiennent la région africaine, et a lié 1,32 milliard de dollars à 10,21 milliards de dollars de financement de la Banque mondiale (IDA) et BIRD [37]. En tant qu'instrument d'orientation des prêts multilatéraux vers la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, elle a démontré ses résultats: trente projets de la Banque mondiale liés à la Facilité ont totalisé 14,5 milliards de dollars US entre 2015 et 2022, le fonds fiduciaire propre à la Facilité contribuant à 4 % [38].

Son effet sur le financement intérieur est une autre question, et les preuves ne soutiennent pas une affirmation solide. Il n'existe pas de suivi indépendant pour déterminer si la mobilisation des ressources nationales ou externes s'est améliorée grâce à la Facilité [38]. L'analyse publiée constate que l'effet sur la catalyse du financement national de la santé a

été limité, et conclut que les structures à forte charge de prêts ont, dans plusieurs cas, remplacé plutôt que complétées les dépenses publiques, intensifiant la pression budgétaire dans des contextes contraints par la dette [39]. Cette constatation est importante ici car il s'agit du même schéma que l'évaluation continentale identifie indépendamment: 22 États membres reçoivent un financement SSR externe sans déclarer d'augmentation nationale. Un prêt concessionnel reste un prêt, et dans une situation financière en difficulté, il peut supplanter l'allocation intérieure qu'il était censé débloquer.

Cette évaluation est faite à partir d'une norme que l'Union africaine a elle-même approuvée. L'Agenda de Lusaka engage les initiatives de santé mondiale à catalyser des services de santé durables financés au niveau national [43], et la critique publiée du Mécanisme mondial de financement est explicitement présentée comme un déficit à cet engagement [39]. Les États membres ont donc le droit de demander à leurs partenaires de démontrer un effet de financement intérieur plutôt qu'un volume de prêts, et de le faire sur l'autorité d'un instrument continental plutôt que par préférence.

L'implication n'est pas que les instruments externes doivent être évités, mais que les accords doivent placer l'obligation sur le trésor plutôt que sur le bilan. Le Pacte multi-donateurs de planification familiale de l'Éthiopie est le meilleur modèle dans ce rapport précisément parce qu'il a nécessité un cofinancement national progressif sous gouvernance conjointe avec un suivi transparent, plutôt que de tirer sur un prêt [A2.11, A2.12]. Deux autres instruments méritent une attention particulière de la part des États membres en difficulté de dette: la conversion de la dette, où l'échange de l'Eswatini avec la Banque africaine de développement limite chaque dollar d'épargne du service de la dette à la santé sans possibilité de réaffectation, et les facilités de liquidité actuellement en cours de pilotage permettant aux gouvernements d'acheter des biens essentiels en temps voulu, plutôt que de le faire tardivement et à un coût plus élevé [36,40]. Étant donné que quatre pays africains sur dix dépensent désormais plus pour le service de la dette que pour la santé et l'éducation combinées [5], la conversion de la dette est l'instrument le plus sous-utilisé disponible sur ce continent.

Opportunité 8. Inclusion de la couverture santé universelle

Les paiements à leur charge représentent environ 35 % des dépenses de santé en Afrique [8] et sont rapportés comme un obstacle pour les utilisateurs dans 55 % des États membres. Seuls 19 États membres déclarent une inclusion complète des services de santé sociale dans le régime d'assurance nationale ou de la CSU. L'inclusion de la CSU est le mécanisme qui transforme un droit légal en un service financé; sans elle, les soins restent dépendants des frais d'utilisateur, quoi que soit la politique stipulée. L'assurance santé communautaire du Rwanda, avec environ 91 % de la population assurée et des dépenses catastrophiques réduites, constitue le cas de référence continental [A2.8, A2.9].

Opportunité 9. Fabriquer ce qui tue les femmes africaines

L'Afrique importe environ 80 % de ses produits de santé, y compris 60 % de l'acide tranexamique utilisé pour traiter les hémorragies post-partum [5]. La principale cause de décès maternel sur le continent est traitée par un médicament qu'il ne fabrique pas. Donner la priorité à la production continentale d'acide tranexamique, d'ocytocine, de sulfate de magnésium et de produits sanguins sûrs aligne directement le pilier de la fabrication locale avec les preuves cliniques de la Section 6.1. Il s'agit de l'opportunité la plus coûteuse et la

plus longue durée dans ce rapport, et c'est celle qui sert le plus directement la souveraineté sanitaire.

Opportunité 10. Adolescents: le plus grand écart entre priorité et offre

La SSR chez les adolescents est désignée par les États membres parmi leurs priorités pour 2026–2030, mais elle n'est suivie que dans 26 % des budgets, suivie par le taux de natalité chez les adolescents par 37 États membres dont seulement 19 ont pu fournir les données correspondantes, et assurée par une éducation sexuelle complète dans les écoles de 54 % des pays, la couverture de l'ECS scolaires étant l'indicateur le moins surveillé de l'ensemble de l'évaluation à 28 %. Les revues des décès en Ouganda indiquent que les adolescents de moins de 19 ans sont touchés de manière disproportionnée par des causes indirectes et la septicémie, et que les complications de l'avortement atteignent un pic chez les femmes âgées de 20 à 24 ans.

Le programme Smart Start de l'Éthiopie, qui relie le conseil en planification financière au choix contraceptif pour les adolescentes mariées et qui a été institutionnalisé au niveau national par le gouvernement, a réduit la grossesse adolescente rurale d'environ 13 % à 5 % dans les zones d'intervention [A2.14, A2.15]. C'est la démonstration la plus forte disponible que cet écart est comblable à grande échelle.

7.5 Séquençage

L'ordre compte autant que le contenu, et il est déterminé par la dépendance plutôt que par l'ambition (Tableau 7.1).

Tableau 7.1 Séquençage des dix opportunités.

Horizon	Opportunités	Justification
Immédiat — dans le mandat actuel de la Championne	1. Fermer la boucle de responsabilité 2. Notification de correction 3. Normes de qualité des données 4. Paquet nouveau-né	Exigez des décisions plutôt que de nouveaux financements, et les trois premières sont des conditions préalables pour mesurer tout le reste
2026–2028	5. Faisceau d'hémorragie et apport sanguin 6. Qualité des soins après l'arrivée 7. Accords de financement 10. Services aux adolescents	Exiger une réallocation budgétaire et un renforcement du système clinique; livrable en un seul cycle de planification
2026–2030	8. Inclusion de la SSR par la CSU 9. Fabrication locale de produits de base	Exiger une action législative ou industrielle avec des délais plus longs, mais doit être lancée dès maintenant pour être livrée d'ici 2030

7.6 À quoi ressemblerait le succès d'ici 2030

La feuille de route de la Championne engage le continent à zéro décès maternel, zéro décès de nouveau-nés évitables et zéro enfant non vacciné [34]. Ce sont là la destination. Ce rapport suggère quatre marqueurs intermédiaires par lesquels les progrès en leur faveur peuvent être jugés, chacun mesurable à partir des preuves déjà produites par les États membres.

- Chaque État membre publie un rapport national d'examen des décès maternels et périnataux qui enregistre les progrès par rapport à ses recommandations précédentes. Référence: 14 sur 34.
- La majorité des décès maternels enregistrés dans les systèmes nationaux d'information sanitaire sont notifiés pour examen. Référence: moins de 30 % [20].
- Chaque État membre soumet des données complètes sur la prestation des services, y compris la cause néonatale de décès. Référence: 14 sur 55 soumettent des données sur les causes néonatales; 16 n'en soumettent aucune.
- Chaque État membre déclare une ligne budgétaire dédiée aux RHS et peut montrer une augmentation des dépenses intérieures en termes réels. Référence: 28 sur 55 ont une ligne budgétaire; 18 rapportent une augmentation.

Aucun de ces quatre marqueurs ne nécessite un nouveau système de mesure. Chacun est dérivé de ce que les États membres sont déjà tenus de rapporter, ce qui signifie que les progrès par rapport à eux peuvent être suivis chaque année à un coût négligeable et, contrairement aux estimations de mortalité, ils réagissent au sein d'un seul cycle politique. Ils sont proposés comme cadre de responsabilité pour le mandat de la Championne et ses successeurs.

8. Obstacles et exemples de réussite par composante du système de santé

Cette section organise ce qui fait obstacle aux opportunités de la Section 7, et ce qui a déjà été fait à ce sujet en Afrique, par rapport aux six éléments du cadre des systèmes de santé de l'OMS [16]. Les éléments de base sont utilisés parce qu'ils fournissent un vocabulaire commun entre les ministères de la santé et les ministères des finances et de la planification, et parce qu'ils rendent visible une constatation qui se répète tout au long de ce rapport: aucune intervention unique ne réussit seule, et les résultats nationaux les plus forts combinent l'action sur plusieurs blocs à la fois. La figure 8.1 montre dans quelle mesure chaque obstacle spécifique est largement rapporté.

Les exemples ne sont pas également transférables, et le tableau 8.4 les évalue en conséquence.

Chaque sous-section indique la barrière telle que la preuve de ce rapport la rapporte, puis présente les exemples africains qui l'ont abordée, chacun avec son grade de preuve clairement énoncé. L'annexe 2 contient les profils antérieurs de Nairobi avec leur propre liste de références. Les exemples ont été identifiés et classés selon la méthode définie à la Section 4.5; chacun porte sa catégorie de preuve telle que définie dans le tableau 4.2.

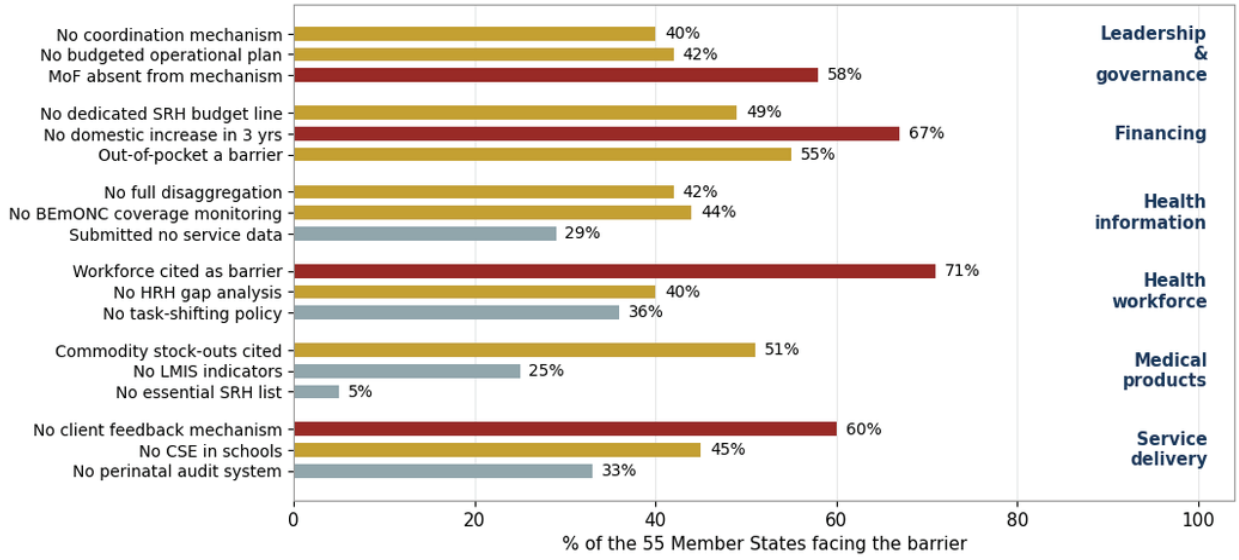


Figure 8.1 Prévalence des barrières systémiques spécifiques dans les 55 États membres évalués, regroupés par bloc de construction du système de santé. Source: évaluation continentale de Africa CDC 2026 [15].

8.1 Élaboration de cette section

Les sections 5 et 6 établissent deux choses. Les États membres rapportent les mêmes obstacles avec une cohérence frappante — financement, main-d'œuvre, systèmes de données, matières premières, coordination. Et le continent génère déjà les preuves nécessaires pour agir mais n'agit pas en conséquence: seulement quatorze des trente-quatre États membres disposant de systèmes d'examen des décès rapportent à l'encontre de leurs propres recommandations antérieures [15].

Cette section ferme cette boucle. Elle prend chacun des six éléments fondamentaux du cadre des systèmes de santé de l'OMS [16], énonce la barrière telle que l'évaluation continentale des 55 États membres l'enregistre, et la compare aux exemples africains qui l'ont abordée de manière mesurable.

Les exemples ont été identifiés par les États membres eux-mêmes, lors de deux ateliers régionaux de validation de politiques: Nairobi, 8–10 juillet 2026, pour l'Afrique de l'Est et australe [15]; et Cotonou, 29–31 juillet 2026, pour l'Afrique de l'Ouest, du Nord et centrale [15]. Chaque délégation a été invitée à nommer une barrière, à décrire ce que son gouvernement a fait à son sujet et à produire les preuves. Cette section combine les deux, de sorte que pour la première fois, le registre continental des œuvres provient des cinq régions de l'UA plutôt que d'une seule, l'Afrique centrale, est ici représenté par le Cameroun, le Tchad, la République démocratique du Congo et São Tomé-et-Príncipe.

Une réserve s'applique aux soumissions Cotonou présentées par le groupe couvrant le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, le Tchad, la République démocratique du Congo, São Tomé-et-Príncipe et le Sénégal. Chacun a rapporté un chiffre avant/après en plénière, mais le groupe n'a pas complété la diapositive de preuves, si bien que la source d'enquête ou administrative derrière chaque chiffre — et dans certains cas l'année exacte de référence — a été demandée aux délégations et n'a pas encore été confirmée. Ces exemples sont inscrits au grade D et signalés individuellement. Ils doivent être lus comme un changement rapporté par l'État membre en attendant la confirmation, et cette section sera corrigée une fois les sources fournies.

Seuil d'inclusion et classification des preuves

Les exemples ont été identifiés et notés selon la méthode définie à la Section 4.5. Une intervention n'apparaît ici que lorsqu'un effet a été mesuré, et que chaque exemple porte l'un des quatre grades de preuve définis dans le **tableau 4.2;** de A, preuves randomisées ou quasi-expérimentales d'un effet sur la mortalité, à D, données validées de surveillance du programme montrant un changement de couverture, d'utilisation ou de disponibilité des services.

Deux règles de la **Section 4.5** s'appliquent dans toute la lettre. Un changement de couverture n'est jamais rapporté comme un changement de mortalité. Et un grade décrit les preuves disponibles sur une intervention, pas son mérite — les programmes qui ont fonctionné pendant une décennie ont eu le temps d'accumuler une évaluation indépendante, tandis que les programmes récents ou en cours ne contiennent que des données de suivi, aussi bien conçues soient-elles.

8.2 Aperçu des exemples types

Tableau 8.1 Vingt-quatre pays modèles, par bloc de construction et atelier source.

Bloc de construction	État membre	Exemple	Grade	Atelier
Prestation de services	Tanzanie	Transport d'urgence m-mama dans le cadre de l'expansion nationale de SONU	C	Nairobi
Prestation de services	Eswatini	Troisième forfait de report: audit 24h/24, attente des domiciles, engagement du gardien	C	Nairobi
Prestation de services	Éthiopie	Smart Start — services contraceptifs centrés sur l'adolescent à grande échelle	C	Nairobi
Prestation de services	Guinée	AMPLI-PPHI — Médicaments recommandés par l'OMS pour l'hémorragie post-accouchement	D	Cotonou
Prestation de services	São Tomé-et-Príncipe	Rétablir l'offre de services — personnel, médicaments, laboratoire et cardiotocographie	D	Cotonou
Personnel de santé	Ouganda	Réforme des salaires ruraux plus financement basé sur les résultats au Centre de santé IV	B	Nairobi
Personnel de santé	Eswatini	Un cadre d'agent de santé communautaire	C	Nairobi
Personnel de santé	Nigeria	Réforme de la formation et déploiement à l'échelle nationale	D	Cotonou
Personnel de santé	Afrique du Sud	Programme unique de SSR pour toutes les composantes	D	Cotonou
Informations sur la santé	Tanzanie	Revue nationale sur la mort maternelle virtuelle	B	Les deux
Informations sur la santé	Mozambique	Comité national indépendant, explicitement non punitif d'audit des décès	D	Septembre 2026
Informations sur la santé	Nigeria (Kano)	Geo ST4R — registre de colonie vérifié	D	Nairobi
Produits médicaux	Rwanda	Livraison aérienne de sang et de marchandises sur le dernier mile	B	Nairobi
Produits médicaux	Éthiopie	Disponibilité des matières premières sécurisées par le compact	C	Nairobi
Produits médicaux	Guinée	Produits thermorésistants placés au niveau des centres de santé et des communautés	D	Cotonou
Financement	Éthiopie	Compact multi-donateurs de planification familiale	C	Nairobi
Financement	Rwanda	Assurance santé communautaire avec financement basé sur la performance	A / B	Nairobi
Financement	La Gambie	Augmentation soutenue de la part de la part de la santé nationale avec le déploiement de l'assurance	C	Cotonou
Financement	Burkina Faso	Les frais d'utilisation pour la livraison et la planification familiale sont supprimés	D	Cotonou
Leadership et gouvernance	Somalie	Un plan, un budget, un M&E dans un cadre fragile	C	Nairobi
Leadership et gouvernance	Madagascar	Maintenir un pacte avec la foi et les autorités traditionnelles	C	Nairobi
Leadership et gouvernance	Malawi	Amendement constitutionnel mettant fin au mariage des enfants	C	Nairobi

8.3 Prestation de services

La barrière. C'est là que les preuves de ce rapport se sont le plus avancées. Les soins en établissement de qualité inférieure ont contribué à 61,1 % des décès maternels lors de l'audit national rwandais et ont été identifiés dans 89,4 % des décès examinés au Botswana [15]. À mesure que la fréquentation qualifiée s'est accrue, le retard décisif dans un nombre croissant d'États membres n'est plus d'atteindre un établissement mais d'y recevoir des soins adéquats — le rapport national le plus récent de l'Ouganda note que les premier et deuxièmes retards ont diminué tandis que le troisième a augmenté de 11 %. L'hémorragie post-partum est la principale cause enregistrée de décès maternel dans 18 des 25 États membres disposant de données quantifiées sur les causes.

Tanzanie: transport d'urgence m-mama dans le cadre d'une expansion nationale de SONU · *Nairobi, juillet 2026*

La barrière. Des retards critiques dans l'accès aux soins de référence. La cartographie a montré de grandes populations à plus de cinq kilomètres d'un établissement (le seuil au-delà duquel les femmes cherchent des alternatives à l'accouchement en établissement) avec trop peu d'établissements offrant des soins obstétricaux d'urgence.

L'intervention. Une séquence nationale délibérée: preuves présentées au chef de l'État; une augmentation budgétaire soutenue; l'expansion des soins primaires afin que les dispensaires effectuent des accouchements et que les centres de santé proposent des césariennes; et le système m-mama — une ligne de dispatch gratuite 24h/24 et 7j/7 avec un triage guidé par le ministère de la Santé et une flotte hybride combinant ambulances gouvernementales et chauffeurs communautaires, à moins de 2 millions de dollars US par an.

Preuves de l'impact. La mortalité maternelle est passée de 556 à 104 pour 100 000 naissances vivantes entre 2015/16 et 2022 (environ 80 % en sept ans), avec une augmentation de l'accouchement institutionnel alors que 80 % de la population se trouvait à moins de cinq kilomètres d'un établissement. L'évaluation du programme m-mama documente une réduction de 38 % des décès maternels et une réduction de 40 % des décès néonatals.

Solidité des preuves. *Données d'enquête nationale (TDHS-MIS 2022) [44]; évaluations de programmes et analyses pilotes publiées [45]; rapports de programmes validés par atelier [15].*

Eswatini: un troisième programme de report pour une assistance qualifiée à l'accouchement · *Nairobi, juillet 2026*

La barrière. La mortalité maternelle de la population parmi les taux plus élevés de la région, avec des barrières culturelles (le mari ou la belle-mère décidant quand une femme peut se faire soigner), les distances et les écarts de qualité dans les établissements.

L'intervention. Un ensemble combiné: audits de décès maternels décentralisés du niveau national vers les établissements et les communautés avec un préavis 24 heures sur 24; des directives d'urgence en soins obstétricaux et un mentorat sur site ciblés pour les établissements à forte mortalité; des maisons d'attente pour maternités rénovées pour les femmes issues de zones difficiles d'accès; l'engagement structuré des gardiens traditionnels; et des diagnostics décentralisés incluant l'échographie.

Preuves d'impact. La fréquentation qualifiée de l'accouchement est passée d'environ 84 % en 2014 à environ 92 %, avec un accouchement en établissement supérieur à 90 %. Les décès maternels enregistrés en établissement ont été à peu près divisés de moitié, passant d'environ 190 à environ 90.

Solidité des preuves. *Données nationales et d'installations rapportées et validées par l'État membre [15].*

Éthiopie: Smart Start: services contraceptifs centrés sur l'adolescent à grande *échelle · Nairobi, juillet 2026*

La barrière. Grossesses adolescentes rurales persistantes et élevées, avec des adolescentes (surtout des filles mariées rurales) non atteintes par les services conventionnels de planification familiale.

L'intervention. Smart Start relie le conseil en planification financière au choix contraceptif pour les adolescentes mariées, mis en place via le Programme gouvernemental de Prolongation de la Santé au niveau des postes de santé. Développé dans le cadre de l'initiative Adolescents 360, adoptée par le Ministère fédéral de la Santé et institutionnalisée au niveau national via le programme RISE.

Preuves de l'impact. Plus de 356 600 adolescentes mariées ont volontairement adopté une méthode contraceptive de leur choix. La grossesse chez les adolescentes rurales est passée d'environ 13 % à 5 % dans les zones d'intervention, et les résultats préliminaires de l'enquête nationale 2024/25 indiquent que la grossesse chez les adolescentes est réduite à environ 10 % au niveau national, avec les baisses les plus marquées dans les zones rurales où le programme était le plus fort.

Solidité des preuves. *Suivi du programme à l'échelle nationale [46]; enquête nationale, EDHS 2024/25 prépublication [47]; validée par l'État membre lors de l'atelier [15].*

Guinée: Médicaments recommandés par l'OMS pour l'hémorragie post-partum, pris jusqu'au dernier kilomètre *· Cotonou, juillet 2026*

La barrière. La chaîne froide nécessaire pour stocker l'ocytocine n'était pas disponible de manière fiable. La mortalité maternelle est de 501 pour 100 000 naissances vivantes et les hémorragies post-partum représentent 20 % des décès maternels.

L'intervention. Dans le cadre du programme AMPLI-PPHI dans les districts sanitaires de Labé et Mamou, trois produits recommandés par l'OMS ont été mis à disposition là où les accouchements ont lieu: la carbétocine thermostable et l'acide tranexamique dans deux hôpitaux régionaux et huit centres de santé; les trois, y compris le misoprostol dans huit autres centres de santé; le misoprostol seul dans six établissements. Le misoprostol a été distribué à l'avance aux femmes enceintes pour auto-administration, conformément à la recommandation de l'OMS de 2020 pour les milieux où les femmes accouchent en dehors d'un établissement [48,49,50].

Preuves d'impact. Sur 5 026 femmes identifiées, 2 540 se sont vu offrir du misoprostol; sur les 1 337 qui ont accouché à domicile, 1 313 l'ont pris — 98 %. L'utilisation de la carbétocine dans les accouchements en établissement a atteint et s'est maintenue à environ 100 % sur neuf trimestres consécutifs dans les deux districts, en raison d'une augmentation du volume. Sur 306 cas d'hémorragie post-partum enregistrés, 98 % ont été traités avec le paquet complet d'acide tranexamique, un utéro-tonique et des fluides intraveineux.

Solidité des preuves. *Données de suivi de programme sur neuf trimestres et deux districts, présentées et validées par l'État membre [15]. Évaluation au niveau des résultats encore indisponible.*

La base clinique de chaque élément repose sur des preuves d'essais largement générées en Afrique. L'acide tranexamique dans les trois heures suivant la naissance réduit la mortalité par saignement d'environ 30 % [51]. La carbétocine stable à la chaleur n'est pas inférieure à l'ocytocine pour prévenir la perte de sang d'au moins 500 ml et ne nécessite pas de chaîne froide [52]. L'approche de première intervention intégrée adoptée en Guinée — la stratégie

E-MOTIVE — a réduit d'environ 60 % les hémorragies post-partum sévères, la laparotomie pour saignement ou la mort par saignement dans un essai randomisé en grappes portant sur plus de 210 000 femmes au Kenya, au Nigeria, en Afrique du Sud et en Tanzanie [53].

Pourquoi cet exemple compte, et pourquoi il est en danger.

La Guinée démontre qu'un État membre peut transférer les nouvelles marchandises recommandées des directives de l'OMS vers une utilisation quasi universelle en première ligne en deux ans, dans les districts ruraux, et entre les mains des femmes accouchant à domicile. C'est la preuve la plus claire dans ce rapport que la contrainte à l'hémorragie obstétricale n'est pas la connaissance.

C'est aussi l'illustration la plus claire du risque financier identifié par ce rapport. Le programme est financé à l'extérieur et se termine en juillet 2026. La carbétocine stable à la chaleur ne figure pas encore sur la liste des médicaments essentiels nationaux de Guinée. À moins que les deux ne soient résolus, un succès documenté s'inversera — dans l'intervention avec la base de preuves la plus solide du continent.

São Tomé-et-Príncipe: rétablir une offre de service qui avait cessé de fonctionner *· Cotonou, juillet 2026*

La barrière. L'offre de service elle-même était indisponible: le personnel, les médicaments essentiels, la capacité de laboratoire et la surveillance fœtale étaient absents ou intermittents, si bien que les femmes se rendant dans un établissement ne pouvaient pas être soignées de manière fiable.

L'intervention. Les ressources humaines déployées, la disponibilité des médicaments essentiels assurée, la capacité de laboratoire rétablie et la cardiotocographie introduite — un assemblage des entrées de base nécessaires à un service de maternité fonctionnel plutôt qu'une intervention verticale unique.

Preuves de l'impact. Le taux de mortalité maternelle est passé de 61 pour 100 000 naissances vivantes en 2021 à 27 en 2025, selon le rapport de l'État membre.

Solidité des preuves. *Grade D — Statistiques nationales rapportées par les États membres [15]. Source et dénominateur demandés. São Tomé-et-Príncipe a une petite cohorte annuelle de naissance, donc le ratio est sensible à un faible nombre de décès: la direction est significative, la magnitude précise doit être lue avec prudence.*

8.4 Personnel de santé

La barrière. Les contraintes de main-d'œuvre sont citées par 68 % des États membres, juste après le financement, et les deux sont citées ensemble par 60 %, ce qui est causalement cohérent, puisque les professionnels de santé représentent le coût récurrent le plus important dans tout budget de santé sexuelle et reproductive. Sous le titre, 43 % des États membres n'ont mené aucune analyse des lacunes en ressources humaines pour la SSR. Le rapport 2025 sur l'Afrique de l'Ouest et centrale de l'UNFPA identifie quatre échecs liés dans les 22 pays couverts: trop peu de sage-femmes formées par rapport aux besoins; concentration urbaine des formés; salaires irréguliers, mauvaises conditions et parcours professionnels absents; et sortie consécutive vers le secteur privé, migration et départ de la profession [54].

Ouganda: réforme des salaires ruraux plus financement basé sur les résultats au Centre de santé IV *· Nairobi, juillet 2026*

La barrière. Les perfusions des centres de santé, ce sont les centres de sous-district chargés de fournir des interventions chirurgicales d'urgence et des soins obstétricaux d'urgence

complets pour environ 100 000 personnes, qui se sont retrouvées sans médecins. La fonctionnalité des blocs opératoires et des transfusions sanguines était inférieure à 50 %, causée par des salaires peu compétitifs et des environnements de travail inutilisables.

L'intervention. Une réforme en deux étapes. En septembre 2012, à la suite d'une campagne nationale de la société civile contre les décès maternels évitables, le gouvernement a doublé les salaires des médecins au niveau des centres de santé IV, passant d'environ 1,2 million UGX à 2,5 millions UGX par mois, soutenus par une allocation de 49,5 milliards UGX. Lorsque les salaires seuls se sont avérés insuffisants (les théâtres manquaient encore de fournitures et de services publics), un financement basé sur les résultats a été ajouté.

Preuves de l'impact. Le personnel selon les normes d'établissement est passé de 56 % à 85 %, concentré dans les zones rurales. Dans le cadre du programme URMCHIP soutenu par la Banque mondiale, le financement basé sur les résultats a été étendu à plus de 1 300 établissements entre 2016 et 2022 et intégré au système fiscal national, avec un examen indépendant documentant une meilleure disponibilité et un meilleur accès aux services prioritaires de santé maternelle et infantile.

Solidité des preuves. *Résultats vérifiés du programme validés par l'État membre [15]; Évolution nationale de l'échelle et des effets sur les services documentés dans la revue de la mise en œuvre de la Banque mondiale [55].*

La caractéristique instructive est l'appariement. La réforme salariale seule concerne la rétention; le financement basé sur les résultats seul concerne la performance. Appliqués ensemble, ils abordaient les deux — et l'effet a été mesuré selon une norme de recrutement existante plutôt qu'un objectif auto-défini.

Eswatini: Un cadre d'agent de santé communautaire *· Nairobi, juillet 2026*

La barrière. Des cadres communautaires fragmentés, à programme unique (VIH, paludisme, RMNCAH, motivateurs de santé rurale) qui dupliquent les efforts tout en laissant des lacunes dans les services, sans parcours de carrière structuré.

L'intervention. L'intégration de tous les motivateurs d'un seul programme dans un seul cadre d'agents de santé communautaires formés à l'ensemble du portefeuille RMNCAH, dans le cadre d'un programme structuré de services: compétences définies, critères de recrutement avec l'âge d'entrée abaissé de 40 à 20 ans, et un régime d'arrêt imposé à 60 ans.

Preuves de l'impact. Améliorations rapportées par les États membres dans tous les services fournis par le cadre unifié: premiers contacts avec les soins prénataux, adoption de contraceptifs chez les adolescents, gestion du VIH incluant la TAR communautaire, adoption de la PrEP, PMTCT, et signalement de la violence basée sur le genre et la violence contre les enfants.

Solidité des preuves. *Données de programme rapportées et validées par l'État membre [15]. Une évaluation formelle renforcerait l'argument en faveur de la réplication régionale.*

Nigeria: Réforme de la formation et déploiement à l'échelle nationale *· Cotonou, juillet 2026*

La barrière. Les contraintes de main-d'œuvre aggravées par la migration hors du système et par une mauvaise répartition sévère, avec les lacunes les plus profondes dans le nord. L'insécurité est un facteur supplémentaire que le cadre des systèmes de santé ne prend pas en compte: les agents de santé ont été attaqués et certains établissements secondaires sont sans personnel en conséquence.

L'intervention. Augmentation des admissions dans les cadres médicaux, infirmiers et de santé communautaire; politiques de transfert et de partage des tâches développées, mises

en œuvre et actuellement en cours de révision; réforme des programmes scolaires après examen des conseils médicaux et infirmiers, intégrée au cadre de partage des tâches; et réforme de la formation en service vers les compétences et la simulation, avec des centres de simulation dédiés à Kano pour les soins maternels et à Ekiti pour les soins aux nouveau-nés. Le recrutement a été institutionnalisé dans les systèmes étatiques, les salaires et les budgets, avec des incitations rurales déployées pour soutenir le retour et la rétention.

Preuves d'impact. L'Agence nationale de développement des soins de santé primaires forme 120 000 agents de santé. Le gouvernement fédéral déploie 1 000 infirmières et sage-femmes dans les zones identifiées par l'analyse des lacunes. Les admissions parmi les cadres ont environ doublé.

Solidité des preuves. *Données de suivi du programme présentées et validées par l'État membre [15]. Effet sur la disponibilité des services et sur les résultats maternels non encore évalués.*

Ce qui distingue cela d'un programme de formation, c'est l'institutionnalisation. Le recrutement inscrit dans les salaires de l'État est ce qui transforme une cohorte de diplômés en main-d'œuvre, et c'est l'étape que la plupart des interventions de formation sur le continent omettent.

Afrique du Sud: un programme unique de SSR pour toutes les composantes *· Cotonou, juillet 2026*

La barrière. Les contraintes de la main-d'œuvre exprimées comme une compétence fragmentée: les agents de santé formés programme par programme plutôt que dans le portefeuille de santé sexuelle et reproductive qu'ils sont censés fournir.

L'intervention. Le développement d'un programme de santé sexuelle et reproductive d'environ 14 modules avec des sessions pratiques, couvrant chaque composante de la SSR et dispensé à la fois en préparation et en service.

Preuves de l'impact. Les établissements offrant des services de SSR sont passés de 250 à 345, et des zones dédiées à la jeunesse ont été créées.

Solidité des preuves. *Données de suivi du programme présentées et validées par l'État membre [15]. La période de rapport et le dénominateur total de l'installation doivent être confirmés.*

8.5 Systèmes d'information sanitaire

La barrière. La Section 5.4 le précise dans son intégralité. Quatre-vingt-sept pour cent des États membres ont des indicateurs de santé sexuelle et reproductive dans le système national d'information sanitaire, l'un des résultats les plus solides de l'évaluation. Vingt-trois pour cent peuvent déclarer ce dont leurs nouveau-nés sont morts. Chaque étape entre ces deux chiffres fait perdre des États membres: 64 % ont soumis des données de prestation de services, 55 % ont totalement désagrégé par âge, sexe et géographie, 30 % ont soumis des données au moins à moitié complètes. Trente-quatre États membres ont présenté un système fonctionnel d'audit périnatal; neuf ont soumis des données sur les causes de décès néonatales.

Tanzanie: Revue nationale virtuelle des décès *maternels · Nairobi et Cotonou*

La barrière. La révision des décès maternels nécessitant une réunion physique d'une expertise clinique nationale limitée, limitant à la fois le nombre de décès examinés et la rapidité de la réponse.

L'intervention. Migration de la revue des décès maternels vers une plateforme virtuelle nationale, permettant à une expertise clinique nationale d'examiner les décès survenant partout dans le pays sans retard ni coût d'une convocation physique.

Preuves d'impact. L'évaluation évaluée par des pairs documente l'amélioration de la qualité des soins pendant la grossesse, le travail et l'accouchement, ainsi que le post-partum.

Solidité des preuves. *Évaluation évaluée par les pairs publiée dans PLOS ONE [19]; validée par l'État membre lors des deux ateliers [15].*

C'est l'exemple d'information de santé le plus transférable du rapport, car il traite de l'étape que la revue Cochrane identifie comme le point d'échec. La revue de décès réduit la mortalité lorsque l'étape de réponse fonctionne, la mortalité maternelle en hospitalisation probablement réduite, le rapport de chances est de 0,85 (IC 95 % 0,73–0,98), avec une qualité de soins améliorée, le rapport de chances est de 1,87 (IC 95 % 1,35–2,57) — et c'est l'étape de réponse, et non l'étape de la révision, qui manque dans 20 des 34 États membres [32].

Mozambique: Un comité national d'audit des décès qui ne peut blâmer personne · Septembre 2026

La barrière. L'obstacle dominant à la moitié de réponse du MPDSR, dans toutes les études examinées à la Section 6.7, est la peur de la responsabilité et des litiges. Où attribuer un décès à des soins de qualité inférieure comporte un risque professionnel, les causes ne sont pas attribuées et les recommandations non exécutées.

L'intervention. Un diplôme ministériel de 2026 restructure le Comité national d'audit des décès maternels, périnataux et néonatals, créé pour la première fois en 2011. Le comité est défini comme indépendant, agissant sans ingérence des structures exécutives du ministère de la Santé, des directions provinciales et de district, ou des unités de santé. Ses principes énoncés sont la confidentialité, la rigueur scientifique et, explicitement, qu'il n'accuse pas et ne punit pas: il n'attribue aucune responsabilité individuelle, ne mène aucun processus disciplinaire et ne rend aucun jugement punitif, dans ce que l'instrument appelle un environnement d'apprentissage non punitif. Il est présidé par un obstétricien principal et vice-président par un pédiatre ou un néonatologiste expérimenté pour des mandats de cinq ans, rend compte directement au ministre de la Santé et publie des rapports trimestriels élaborés à partir de rapports provinciaux et de visites de supervision.

Preuves d'impact. Pas encore. L'instrument a été adopté en 2026 et aucune donnée de résultats n'existe.

Solidité des preuves. Grade D, documenté mais pas encore prouvé [65]. Il est inclus parce qu'il s'agit du seul instrument dans la base de preuves qui aborde directement et en droit la barrière de la culture de la culpabilité, et parce qu'il est peu coûteux à reproduire: la conception est une décision de gouvernance, pas un investissement.

Nigeria (État de Kano): Geo ST4R: rendre visibles les communautés invisibles *· Nairobi, juillet 2026*

La barrière. Les systèmes de planification RMNCAH supposaient que chaque établissement était sur la carte. En pratique, des centaines n'étaient pas non affectés à aucun établissement, absents des micro-plans de sensibilisation, non comptés en dénominateurs, et donc inaccessibles par les soins prénatals et la vaccination.

L'intervention. Un système d'aide à la décision géospatiale développé avec les pouvoirs publics et dont ils sont propriétaires: un registre de référence vérifié des localités, doté d'une géolocalisation précise; un lien formel de chaque localité à un établissement responsable; un tableau de bord d'aide à la décision pour la micro-planification de la vaccination, la programmation des consultations prénatales et le ciblage des interventions nutritionnelles; et, un chatbot de première ligne permettant aux professionnels de santé d'interroger leur propre bassin de compétence.

Preuves d'impact. Plus de 5 600 établissements ont été vérifiés et plus de 500 établissements non capturés identifiés, des communautés existantes invisibles au système de santé. Les zones de recrutement ont été corrigées, les installations réaffectées, et les plans de vaccination et de sensibilisation prénatale **révisés.**

Solidité des preuves. *Résultats du programme vérifiés au niveau de l'État [56]. Évaluation au niveau des résultats du changement de couverture recommandée à mesure que le système évolue.*

8.6 Accès aux médicaments et technologies essentiels

La barrière. Les stocks de matières premières sont cités par 51 % des États membres, et 25 % n'utilisent aucun système d'information logistique transportant des indicateurs de matières premières à base de ressources sexuelles (SSR). Sous cela se cache une exposition structurelle: l'Afrique importe environ 80 % de ses produits de santé, dont 60 % de l'acide tranexamique utilisé pour traiter l'hémorragie post-partum, la principale cause de décès maternel sur le continent. La principale vulnérabilité clinique de l'Afrique et sa principale vulnérabilité dans la chaîne d'approvisionnement sont la même chose.

Rwanda: Livraison aérienne de sang et de denrées vitales sur le dernier kilomètre *· Nairobi, juillet 2026*

La barrière. L'hémorragie post-partum nécessite du sang en quelques minutes. La livraison par route vers des installations éloignées a pris des heures, provoquant à la fois des ruptures de stocks et du gaspillage de produits à courte durée de vie.

L'intervention. Depuis 2016, le gouvernement a contracté la livraison autonome par drone de produits sanguins, vaccins, médicaments et contraceptifs vers des installations difficiles d'accès à l'échelle nationale, intégrées aux entrepôts centraux et aux systèmes nationaux d'approvisionnement dans le cadre de l'agenda Smart Rwanda.

Preuves d'impact. Une analyse chronologique évaluée par des pairs a révélé une réduction significative des délais de livraison de produits sanguins: des livraisons d'urgence dans l'heure contre jusqu'à quatre heures par la route, et dans les cas documentés de quatre

heures à quinze minutes, et une réduction des expirations d'unités sanguines d'environ sept unités par établissement et par mois.

Solidité des preuves. *Évaluation évaluée par des pairs, The Lancet Global Health [57].*

L'élément transférable n'est pas la technologie. C'est que le Rwanda a conclu un contrat pour un résultat (produit sur l'installation dans une fenêtre de temps) plutôt que d'acquérir une flotte, et a intégré le service avec l'entreposage central existant plutôt que de construire un canal parallèle.

Éthiopie: Disponibilité des matières premières sécurisées par le Compact *· Nairobi, juillet 2026*

La barrière. Des ruptures fréquentes de planification familiale causées par un financement imprévisible et des achats fragmentés.

L'intervention. Le pacte de financement décrit à la Section 8.7, dont la machinerie du côté de l'offre (approvisionnement coordonné, surveillance transparente et gouvernance conjointe avec le Service éthiopien d'approvisionnement pharmaceutique) fonctionne comme un instrument de sécurité des matières premières.

Preuve d'impact. Le stock national d'entrepôt maintenu à 100 %, sans stocks majeurs de planification familiale, et avec des gains de disponibilité dans toutes les méthodes majeures.

Solidité des preuves. *Résultats vérifiés du programme validés par l'État membre [15,58].*

Cet exemple se situe sous deux éléments de construction car il appartient aux deux. C'est la démonstration africaine la plus claire que la sécurité des matières premières est un problème de financement et de gouvernance avant d'être un problème logistique.

Guinée: Produits thermostables placés au niveau des centres de santé et des communautés *· Cotonou, juillet 2026*

La dimension d'accès aux marchandises du programme AMPLI-PPHI, décrite en détail à la Section 8.3. Sa pertinence pour ce bloc de construction est précise: en sélectionnant un utéro-tonique qui ne nécessite pas de chaîne froide, la Guinée a supprimé la dépendance à l'infrastructure qui rendait la marchandise standard inutilisable au moment du besoin. L'utilisation a atteint environ 100 % et s'est maintenue pendant neuf trimestres consécutifs [15].

L'inscription sur la liste nationale des médicaments essentiels reste en attente et constitue le principal risque pour la continuité.

Sénégal: YEKSINA - déplacer la fourniture de contraceptifs vers le point de service *· Cotonou, juillet 2026*

La barrière. Les contraceptifs n'étaient pas disponibles là où les femmes étaient présentes. Le taux de rupture de stock dans les points de prestation de services était rapporté à 45 %, donc une offre nationale de produits qui existait sur le papier n'existait pas au comptoir.

L'intervention. YEKSINA a réorganisé la distribution de sorte que l'approvisionnement soit acheminé jusqu'au point de livraison du service plutôt que de s'y acheminer, supprimant ainsi la dernière étape où le stock était en panne.

Preuves d'impact. La prévalence des contraceptifs est passée de 12 % à 25 %, selon l'État membre.

Solidité des preuves. *Catégorie D — Données de programmes et d'enquêtes rapportées par l'État membre [15]. Sources, enquêtes et années de référence demandées.*

Cameroun: Fin de l'expiration des matières premières de niveau central *· Cotonou, juillet 2026*

La barrière. Les produits de santé étaient indisponibles au moment où le stock expirait dans l'entrepôt. En 2020, environ 1,5 milliard de CFA de produits ont été radiés comme expirés, un échec de la gestion de l'offre plutôt que du financement.

L'intervention. La gestion de la chaîne d'approvisionnement a été réorganisée selon une approche nationale de gestion logistique, avec une validation systématique des données logistiques et une équipe de travail dédiée supervisant le flux des produits.

Preuves d'impact. La disponibilité s'est améliorée et l'expiration au niveau central a été éliminée, aucune expiration déclarée au niveau central, telle que rapportée par l'État membre.

Solidité des preuves. *Grade D — Surveillance du programme rapportée par l'État membre [15]. Période et méthode de vérification demandées.*

Le Sénégal et le Cameroun décrivent la même défaillance venant de l'opposé de la chaîne: le stock présent au centre et absent en périphérie, ou des stocks périmés au niveau central alors qu'ils faisaient défaut en périphérie. Les deux ont été résolus en gérant le flux plutôt qu'en achetant davantage.

8.7 Financement

La barrière. Le financement insuffisant est la barrière la plus élevée à 70 %. Quarante-neuf pour cent des États membres n'ont pas de ligne budgétaire dédiée pour la sécurité sociale (SSR); 67 % déclarent ne pas avoir d'augmentation intérieure significative sur trois ans; les paiements à leur charge constituent un obstacle pour les utilisateurs dans 55 %. Vingt-six États membres reçoivent des financements externes pour la santé sexuelle et reproductive sans déclarer d'augmentation des dépenses intérieures, et 23 n'ont ni ligne budgétaire ni croissance. C'est précisément indiqué la contraction de l'aide post-2025, et il s'agit d'une liste nommée d'États membres plutôt que d'un problème continental diffus, ce qui signifie que cela peut être résolu.

Éthiopie: Compact multi-donateurs de planification *familiale · Nairobi, juillet 2026*

La barrière. Une forte dépendance au financement par les donateurs pour les produits de planification familiale, un fossé croissant entre la demande croissante et la baisse du financement des donateurs, ainsi que des ruptures fréquentes menaçant la continuité des services.

L'intervention. Un pacte national de trois ans réunissant le ministère de la Santé, le ministère des Finances, le Service éthiopien d'approvisionnement pharmaceutique et des partenaires de développement, avec un cofinancement national progressif sous gouvernance conjointe, un suivi transparent et des achats coordonnés, ancré dans le plan de mise en œuvre chiffré pour la planification familiale de l'Éthiopie.

Preuves de l'impact. Le financement gouvernemental de la planification familiale a été multiplié par environ dix-neuf (passant d'environ 0,5 million de dollars US par an à 9,47 millions de dollars US en la deuxième année) dans un délai d'environ 30 millions de dollars mobilisés en 2023–24 (12,41 millions de dollars US pour le gouvernement; partenaires 17,35 millions de dollars US). Le stock national d'entrepôts a été maintenu à 100 % sans stocks majeurs.

Solidité des preuves. *Résultats vérifiés du programme validés par l'État membre [15]; conception compacte et financement documentés par l'UNFPA et le Ministère fédéral de la Santé [58].*

Le mécanisme est la leçon. Le pacte ne demandait pas plus d'argent dans l'abstrait; il a établi un calendrier selon lequel la part intérieure augmentait à mesure que la part externe diminuait, sous une gouvernance qui incluait le ministère tenant le budget.

Rwanda: Assurance santé communautaire avec financement basé sur la performance *· Nairobi, juillet 2026*

La barrière. Paiement à la charge, excluant les femmes les plus pauvres de la grossesse, de l'accouchement et des soins d'urgence, avec des incitations faibles pour la couverture et la qualité des prestataires.

L'intervention. Mutuelles de Santé Assurance santé communautaire (petites primes familiales augmentées par le gouvernement et les donateurs, couvrant les soins de grossesse, l'accouchement, la planification familiale et les transports d'urgence) a été pilotée en 1999 et obligatoire à l'échelle nationale à partir de 2008, avec des exonérations de primes pour les plus pauvres. Complétée par un financement national basé sur la performance qui paie les fournisseurs selon les résultats et la qualité vérifiés.

Preuves d'impact. Environ 91 % de la population est assurée, ce qui fait partie des couvertures les plus élevées en Afrique. Une évaluation rigoureuse des huit premières années du programme a révélé une augmentation substantielle de l'utilisation des services et une réduction catastrophique des dépenses de santé chez les inscrits. Le système de

financement basé sur la performance, évalué par un plan aléatoire, a augmenté les livraisons institutionnelles et les visites de soins préventifs.

Solidité des preuves. *Évaluations d'impact évaluées par des pairs, The Lancet et PLOS ONE [59,60]; tendances en matière de couverture et de contraception à partir de données nationales validées lors de l'atelier [15].*

La Gambie: une augmentation mesurable et soutenue de la part de santé nationale *· Cotonou, juillet 2026*

La barrière. Un financement insuffisant, avec des dépenses personnelles comme un obstacle direct au point de soins.

L'intervention. Le lancement d'un régime national d'assurance maladie pour réduire les dépenses de votre poche, parallèlement à une augmentation soutenue des allocations budgétaires de santé publiques. Les plans à venir identifient des sources de financement supplémentaires, y compris des sources imposables, et renforcent la confiance du public dans la capacité du dispositif à répondre aux besoins essentiels des patients.

Preuves de l'impact. La part de la santé dans le budget national a augmenté sur cinq années consécutives et s'élève désormais à 7,2 %. La fréquentation et la prestation institutionnelle ont augmenté après le déploiement de l'assurance.

Solidité des preuves. *Données budgétaires nationales et rapports de programmes présentés et validés par l'État membre [15]. Effets de présence et de prestation rapportés mais non quantifiés.*

La Gambie est incluse à 7,2 % (bien en dessous de l'engagement d'Abuja de 15 %) délibérément. La plupart des États membres n'atteindront pas 15 % durant le mandat de ce champion. Ce que démontre la Gambie, c'est une trajectoire qui peut être suivie chaque année par rapport à un référentiel continental, ce qui est ce qu'exige un cadre de responsabilité.

Burkina Faso: Suppression du coût de livraison et de la planification familiale *· Cotonou, juillet 2026*

La barrière. Le coût pour le foyer comme un obstacle direct à l'accouchement en établissement et à l'utilisation de contraceptifs, dans un contexte où la population la plus exposée au risque maternel est aussi la moins capable de payer.

L'intervention. Les frais d'utilisation supprimés pour les accouchements en 2016 et pour la planification familiale en 2020, associés à un transfert de tâches rendant les services gratuits sont également disponibles: l'administration sous-cutanée de la DMPA et la gestion des hémorragies post-partum ont été transférées aux accouchements villageois.

Preuves d'impact. Le taux de mortalité maternelle est rapporté à 198 pour 100 000 naissances vivantes en 2021, décrit par l'État membre comme une réduction.

Solidité des preuves. *Grade D — Statistiques nationales rapportées par les États membres [15]. Référence initiale, année de comparaison et source demandées; le chiffre est rapporté comme un niveau plutôt que comme un changement mesuré.*

Burkina Faso est inclus car l'association est la leçon. Supprimer des frais sans décentraliser le service engendre une demande impossible à satisfaire; les deux mesures ont été prises ensemble.

Le bilan plus large des mécanismes de financement en Afrique

Au-delà des deux exemples ci-dessus, les gouvernements africains ont mis en place une série de mécanismes de financement au cours des deux dernières décennies. Ils ne sont pas également démontrés, et la distinction compte dans les recommandations de ce rapport.

Tableau 8.2 Mécanismes de financement de la santé déployés en Afrique et données probantes à l'appui de chacun d'eux.

Mécanisme	Expérience africaine	Ce que soutiennent les preuves
Taxes sanitaires réservées	La taxe sur le SIDA du Zimbabwe, une taxe de 3 % sur les revenus des entreprises et des particuliers, finance une grande part de la réponse nationale au VIH depuis deux décennies. Le Rwanda a augmenté les taxes sur le tabac et l'alcool pour étendre la couverture d'assurance. Le Nigeria a introduit une taxe sur les boissons sucrées à 10 NGN par litre.	Il s'agit du bilan le plus solide en Afrique en matière de recettes prévisibles et contrôlées au niveau national. Les objections récurrentes portent sur le caractère régressif et sur la résistance du ministère des Finances à l'affectation spécifique des recettes. [36,41]
Assurance maladie nationale	L'assurance santé communautaire du Rwanda couvre environ 91 % de la population. Le Ghana gère un régime national depuis 2003. Le Kenya a remplacé son fonds national par un Fonds d'assurance santé sociale en 2023; Le Nigeria a légiféré l'assurance obligatoire en 2022.	Le regroupement fonctionne lorsque l'inscription et la subvention pour les pauvres sont résolues. La législation ne fait pas partie de la couverture: le Kenya avait enregistré 19,3 millions de personnes à la fin de 2025, pourtant 55 % des patients payaient encore de leur poche. [41,42]
Conversion de la dette	L'échange de dettes de l'Eswatini avec la Banque africaine de développement, soutenu par une garantie philanthropique, canalise directement les économies de service de la dette vers la santé. Le Fonds mondial exploite une plateforme d'échange de dettes, et Africa CDC négocie des contreparties débiteur-créancier.	Traite directement la contrainte budgétaire contraignante plutôt que de concurrencer en son sein. Petite échelle à ce jour; l'instrument le plus sous-utilisé compte tenu des charges du service de la dette continentale. [5,36,40]
Financement basé sur la performance	Le financement basé sur la performance du Rwanda a augmenté les prestations institutionnelles de 23 %. L'Ouganda a étendu le financement basé sur les résultats à plus de 1 300 établissements, parallèlement à la réforme des salaires rurales.	Une base de preuves raisonnable pour les gains de couverture et de qualité. Les coûts de transaction et la durabilité après le départ des donateurs restent contestés. [A2.8, A2.9, A2.13]
Facilités de matières premières et de liquidité	Le pacte multi-donateurs de l'Éthiopie garantit la disponibilité des matières premières ainsi que le financement. Une installation continentale de médicaments et d'équipements est en cours de mise en œuvre pour offrir aux gouvernements un crédit abordable pour l'achat rapide de matières premières.	Traite de l'échec spécifique enregistré dans les revues de décès, à savoir que les marchandises sont absentes au moment du besoin. Phase précoce; preuve de résultat en attente. [40, A2.11]
Levier négocié en externe	La Facilité mondiale de financement a lié 1,32 milliard de dollars US de subventions à 10,21 milliards de dollars US de prêts de la Banque mondiale, l'Afrique recevant 71,9 % des subventions nationales.	Levier démontré sur le prêt multilatéral; aucune preuve indépendante d'un effet de financement intérieur, et une préoccupation documentée concernant la substitution dans des contextes contraints par la dette. [37,38,39]
Instruments régionaux regroupés	Le Fonds Afrique des Épidémies est devenu opérationnel en 2025 en tant que ressource commune pour la préparation et la réponse.	Adapté aux risques covariants contre lesquels les pays ne peuvent pas s'assurer efficacement par eux-mêmes. Aucune preuve n'a encore été établie pour les services courants de santé maternelle et néonatale. [36]

Trois conclusions découlent pour la santé maternelle et néonatale. Les impôts et l'assurance affectés traitent des problèmes différents et sont des compléments plutôt que des alternatives: les impôts génèrent des recettes prévisibles, l'assurance supprime la barrière au point de soins où les paiements de votre poche représentent environ 35 % des dépenses

de santé. La conversion de la dette est l'instrument le plus proche de la situation budgétaire des États membres identifiée à la Section 5.3. Et dans tous les mécanismes, la contrainte sur la santé maternelle et néonatale est rarement l'absence d'un instrument de financement; c'est que ces services ne respectent aucune ligne protégée au sein de l'instrument adopté par un pays. C'est pourquoi l'Opportunité 7 est structurée autour de la ligne budgétaire plutôt que d'une source de financement particulière. Chacun de ces mécanismes doit être jugé selon le test de l'Agenda de Lusaka pour déterminer s'il catalyse des services durables financés intérieurement plutôt que de les remplacer [43].

8.8 Leadership et gouvernance

La barrière. Quarante-deux pour cent des États membres n'ont pas de mécanisme national de coordination de la SSR et 43 % n'ont pas de plan opérationnel avec un budget et un calendrier. Les ministères des Finances ne participent qu'à 40 % des mécanismes existants — le groupe d'acteurs le moins représenté parmi les neuf acteurs, et celui dont l'absence explique le plus la libération tardive et la mauvaise absorption des fonds alloués. Face à cela, seulement 21 % des États membres citent un faible engagement politique comme obstacle — le moins cité des huit proposés. La contrainte n'est pas la volonté politique. C'est la machine entre une politique et un service.

Tchad: Plaidoyer en planification familiale mené par des femmes prédicatrices musulmanes *· Cotonou, juillet 2026*

La barrière. Une faible adoption de la contraception, due à la résistance religieuse et sociale plutôt qu'à l'offre. C'est la barrière du côté de la demande que 55 % des États membres rapportent et que peu ont répondue par autre chose que de nouveaux points de service.

L'intervention. Un argument théologique en faveur de la planification familiale développé et présenté par des prédicatrices musulmanes, formalisé dans un protocole d'accord avec les chefs religieux, et porté lors d'un événement parallèle à l'Assemblée générale des Nations Unies.

Preuves d'impact. La prévalence des contraceptifs est passée de 8,1 % en 2019 à 21 % en 2025, selon l'État membre.

Solidité des preuves. *Grade D: Données d'enquête rapportées par les États membres [15]. Enquêtes sources et dénominateurs demandés.*

Le Tchad est l'exemple le plus clair, dans les deux ateliers, d'une barrière résolue dans sa propre monnaie. L'obstacle était l'autorité religieuse, donc l'intervention était une autorité religieuse, et elle était dirigée par des femmes au sein de cette autorité, sans être adressée de l'extérieur.

République démocratique du Congo: politique, comité et ligne budgétaire ensemble *· Cotonou, juillet 2026*

La barrière. Une offre insuffisante en matière de planification familiale dans le deuxième État membre le plus peuplé du continent, avec une fertilité parmi les plus élevées enregistrées et une coordination fragmentée entre les secteurs.

L'intervention. Une politique nationale sur la contraception avec un plan stratégique chiffré, un comité technique multisectoriel permanent, et, l'élément qui le distingue, une ligne budgétaire dédiée. Par ailleurs, l'État membre a étendu la mise en œuvre des dispositions du Protocole de Maputo sur les soins à l'avortement à travers des normes nationales, des lignes directrices, des outils et des formations pour les prestataires dispensés aux magistrats, aux avocats ainsi qu'aux cliniciens.

Preuves d'impact. La prévalence des contraceptifs a été de 11,1 % et la fécondité totale est passée de sept à six enfants par femme. Les notifications enregistrées de soins à l'avortement ont augmenté entre 2020 et 2025, alors que le service passait de la fourniture clandestine à la fourniture documentée.

Solidité des preuves. Grade D: Données nationales rapportées par les États membres [15]. Enquêtes sources, années de référence et références demandées.

L'élément transférable est la ligne budgétaire. La RDC a présenté une politique, un plan et un comité de coordination, les mêmes trois instruments que de nombreux États membres détiennent déjà — et l'ajout qui les a fait fonctionner était une ligne dans le budget national.

Somalie: Gouverner un redressement dans un contexte fragile *· Nairobi, juillet 2026*

La barrière. Un système de santé reconstruit après l'effondrement, avec des flux de financement partenaires parallèles et non coordonnés, de graves pénuries de main-d'œuvre et parmi les plus fortes mortalités maternelles au monde.

L'intervention. Gestion gouvernementale délibérée: une stratégie nationale de la RMNCAH avec SSR pleinement intégrée; le Premier ministre présidant personnellement le groupe de travail sur la vaccination; expansion de la formation à la sage-femme afin que six des sept États exploitent désormais des écoles de sage-femme; expansion des soins obstétricaux d'urgence de base et complets avec une attention explicite aux zones difficiles d'accès; et, à partir de 2025, un plan national unique auquel tous les partenaires s'alignent.

Preuves d'impact. La mortalité maternelle est passée d'environ 1 044 pour 100 000 naissances vivantes en 2015 à environ 563, soit une quasi-moitié en une décennie, atteinte lors d'une fragilité prolongée.

Solidité des preuves. *Estimations nationales rapportées et validées par l'État membre [15]; triangulation avec les estimations inter-agences de l'ONU recommandées [1].*

Le fait qu'un État fragile ait atteint cela par l'architecture de gouvernance plutôt que par des ressources supplémentaires est l'exemple le plus significatif politiquement de ce rapport.

Madagascar: Un pacte multisectoriel permanent avec des autorités religieuses et traditionnelles *· Nairobi, juillet 2026*

La barrière. La résistance culturelle et religieuse limitant l'adoption de la planification familiale, avec une gouvernance fragmentée de l'agenda de la planification familiale à travers les secteurs.

L'intervention. Un comité national permanent multisectoriel de planification familiale reliant les autorités politico-administratives, religieuses et traditionnelles à la société civile, coordonnant les politiques et le financement à travers des plans d'action nationaux chiffrés successifs, avec des objectifs nationaux fournissant un ancrage de responsabilité à long terme.

Preuves d'impact. Le besoin satisfait en planification familiale est passé de 64,5 % à 69,8 %, la prévalence des contraceptifs modernes de 41 % à 49,5 %, et les naissances suivies par du personnel qualifié de 85 % à 86,6 %, ainsi que l'augmentation des allocations budgétaires annuelles pour les produits de planification familiale.

Solidité des preuves. *Données nationales d'enquête et de budget rapportées et validées par l'État membre [15].*

Malawi: Fermeture de la loi sur le mariage des enfants *· Nairobi, juillet 2026*

La barrière. Le mariage des enfants qui favorise la grossesse adolescente et ses conséquences sur la mortalité, la loi elle-même étant la barrière, puisque les enfants pouvaient se marier à 15 ans avec le consentement parental.

L'intervention. La loi de 2015 sur le mariage, le divorce et les relations familiales a fixé l'âge du mariage à 18 ans; un amendement constitutionnel de 2017 a fermé la faille du consentement parental. La réforme a été portée par de jeunes militants, des organisations de femmes et des partenaires de l'ONU, et a été largement approuvée par les chefs traditionnels, adoptant le Parlement à l'unanimité.

Preuves de l'impact. Un cadre juridique contraignant protège désormais à la fois les filles et les garçons du mariage avant 18 ans à l'échelle nationale, un changement préalable sur le parcours de grossesse adolescente que les services seuls ne peuvent pas assurer.

Solidité des preuves. *Réforme juridique documentée publiquement [61] et validée par l'État membre [15]. L'impact démographique à long terme doit être suivi à travers les cycles successifs du DHS.*

8.9 Cas documentés, mais sans données probantes

Les interventions suivantes ont été présentées par les États membres lors des deux ateliers et sont bien conçues, mais ne présentaient pas de preuve d'effet au moment de la rédaction. Elles sont enregistrées parce que plusieurs deviennent probablement des exemples une fois que les États membres concernés auront fourni les données qu'ils détendront, et parce qu'un rapport aux chefs d'État doit être explicite sur la différence.

Tableau 8.3 Interventions présentées sans preuve de résultats, et ce qui est requis.

Bloc	État membre	Intervention	Ce qu'il faut
Prestation de services	Égypte	Initiative visant à réduire la césarienne: réadaptation obstétricienne en accouchement normal, agents de maturation cervicale, soutien anesthésique, programme de sage-femme et de doula ciblant 9 000 sages-femmes, conseillers formés durant les 1 000 premiers jours	Taux de césarienne avant et après. Le taux rapporté en plénière (79 %) fait de cette activité une priorité pour la base de preuves continentale
Prestation de services	La Gambie	Kaabilo Bamaa et Kaabilo Famaa — bénévoles communautaires de santé sélectionnés par un clan, formés sur tout le continuum des soins reproductifs, région de la Lower River	Couverture de l'accouchement prénatal et institutionnel avant et après
Informations sur la santé	Nigeria	Saisie électronique de données au niveau des installations; centre national souverain de données; validation mensuelle des données au niveau des gouvernements locaux et des États	Déclaration complète et actualité avant et après
Informations sur la santé	La Gambie	Technologie du papier intelligent; un suivi électronique national pour le VIH, la tuberculose et la vaccination	Perte à un suivi avant et après
Produits médicaux	Nigeria	Approvisionnement décentralisé sur trois niveaux de gouvernement; distribution intégrée du dernier kilomètre remplaçant la prestation parallèle des programmes; fabrication locale de produits SSR	Taux de rupture de stock avant et après la décentralisation
Financement	Nigeria	Financement mutualisé institutionnalisé par le ministère des Finances selon une approche sectorielle	Allocation SSR domestique et taux d'exécution budgétaire au fil du temps
Gouvernance	Nigeria	Département de la santé familiale au niveau de l'État, reproduisant la structure de coordination fédérale à l'échelon infranational	Prospective — à suivre
Prestation de services	Bénin	Soins d'avortement sûrs selon la loi nationale sur la santé reproductive — établissements privés accrédités et formés, toutes les maternités équipées, et un mécanisme de traitement de l'objection de conscience; hémorragie post-partum gérée avec des rideaux calibrés déclenchant une action à 300 ml et des kits de tamponnade intra-utérine	Complications d'un avortement dangereux avant et après, ainsi que le taux de létalité post-partum
Personnel de santé	Sénégal	Bourses de spécialisation en obstétrique et gynécologie, pédiatrie et anesthésie pour le personnel des établissements périphériques	Nombre de blocs fonctionnels et taux de césarienne avant et après
Multiple	Somalie	Collaboration dans la planification familiale du secteur privé	Données issues des résultats (reprises de l'atelier de Nairobi)

8.10 Ce qui est transférable et ce qui ne l'est pas

La défense continentale doit être honnête en affirmant que ces exemples ne sont pas également portables. Trois distinctions comptent.

Tableau 8.4 Transférabilité des exemples documentés dans cette section.

Transférabilité	Exemples	État
Direct — adoptable dès maintenant	Package de matières premières PPH pour la Guinée; Évaluation virtuelle des décès en Tanzanie; Compact de financement pour l'Éthiopie; Cadre unifié des ASC de l'Eswatini	Exiger une décision et une ligne budgétaire, pas de nouvelles infrastructures ou de nouvelles preuves
Nécessite une adaptation	Réforme salariale de l'Ouganda; Financement basé sur la performance au Rwanda; Départ intelligent éthiopien; Programme d'études sud-africaines; Réforme de la formation au Nigeria; L'assurance en Gambie	Cela dépend de l'espace financier, d'un système de paie existant, d'une plateforme communautaire existante ou d'une architecture de formation existante
Dépendant du contexte	Livraison aérienne rwandaise; redressement de la gouvernance de la Somalie; amendement constitutionnel du Malawi; Pacte de foi à Madagascar	Cela dépend de la géographie, de la configuration politique, d'un moment constitutionnel ou de structures religieuses et traditionnelles spécifiques

Une seconde mise en garde concerne les preuves, et ce rapport l'exprime clairement. Plusieurs exemples reposent sur une évaluation indépendante évaluée par des pairs: la livraison aérienne du Rwanda, l'assurance et le financement basé sur la performance, la réforme salariale en Ouganda, l'évaluation virtuelle des décès en Tanzanie. D'autres reposent sur des statistiques nationales, et un nombre plus faible uniquement sur les données de suivi des programmes. Lorsqu'aucun effet sur la mortalité n'a été démontré, cette section le précise. La couverture n'est pas la mortalité, et un rapport adressé aux chefs d'État perd son autorité dès qu'il considère les deux comme interchangeables.

8.11 La séquence commune

À travers les deux ateliers et les six blocs de construction, les États membres ayant obtenu les gains documentés les plus rapides ont suivi une séquence reconnaissable, et c'est la même séquence dans tous les cas (Tableau 8.5).

Tableau 8.5 La séquence commune suivie par les États membres ayant enregistré les gains les plus rapides.

	Pas	Comment cela apparaît dans les exemples
1	Les preuves ont été portées au plus haut niveau politique	La cartographie tanzanienne des populations au-delà de cinq kilomètres a été confiée au chef de l'État; le groupe de travail somalien était présidé par le Premier ministre; La réforme salariale de l'Ouganda faisait suite à une campagne nationale de la société civile; L'amendement du Malawi nécessitait un soutien parlementaire quasi unanime
2	La direction politique a transformé les preuves en budget	L'augmentation soutenue du budget de la Tanzanie, le cofinancement national progressif de l'Éthiopie, l'allocation de 49,5 milliards de UGX de l'Ouganda et la hausse de la part de santé sur cinq ans par la Gambie étaient des décisions de financement prises parce que les preuves avaient été observées là où l'enveloppe était contrôlée
3	Les services étaient rendus physiquement et financièrement accessibles	Le transport d'urgence, la capacité décentralisée des césariennes, les maisons d'attente pour maternité, l'accouchement aérien, la couverture d'assurance et la distribution anticipée de misoprostol abordent tous le même problème sous différents angles

	Pas	Comment cela apparaît dans les exemples
4	Les résultats ont été audités, et l'audit a modifié la pratique	C'est cette étape qui distingue les exemples de la majorité — un audit décentralisé 24 heures sur 24 en Eswatini, des dénominateurs vérifiés à Kano, un financement à résultats vérifiés en Ouganda et au Rwanda, un examen de décès virtuel en Tanzanie. C'est l'étape que la Section 6.6 constate manquante dans 20 des 34 États membres

Cette séquence constitue le contenu pratique du mandat de la Championne. Elle nécessite un leadership politique au niveau des chefs d'État pour initier, des ministères des finances pour financer, des systèmes de santé pour assurer la mise en œuvre, et des systèmes de responsabilité pour confirmer que la livraison a eu lieu. Aucune étape ne remplace une autre, et la quatrième est celle que le continent omet le plus systématiquement.

Ce que cette section demande aux chefs d'État

1. Adopter les quatre exemples directement transférables. Ils nécessitent une décision, et non de nouvelles preuves: le forfait de produits pour hémorragie post-partum, une revue virtuelle de décès maternel, un accord de financement avec une part nationale progressive, et un cadre unifié d'agents de santé communautaires.

2. Protéger ce qui fonctionne déjà. Le programme d'hémorragies post-partum de la Guinée se termine en juillet 2026 et sa principale marchandise ne figure pas sur la liste nationale des médicaments essentiels. Chaque État membre doit déterminer quels résultats documentés dépendent de financements qui s'achèvent dans le mandat de la Championne.

3. Exiger la quatrième étape. Exiger que chaque rapport national d'examen des décès enregistre les progrès par rapport aux recommandations du cycle précédent. Vingt des trente-quatre États membres ne le font pas, et c'est la réforme la moins coûteuse du présent rapport.

4. Combler le manque de preuves dans vos propres programmes. Dix interventions du tableau 8.3 sont non documentées plutôt que non réussies. Les chiffres requis sont détenus par les États membres concernés.

Références

Les références sont numérotées de manière générale dans l'ordre de première apparition dans les sections 1 à 6; un petit nombre est cité plus tôt que leur numérotation ne l'indiquait où la restructuration de ce projet a déplacé le texte qui les cite. Les références 19 à 33 sont la littérature évaluée par des pairs sur la surveillance et la réponse des décès maternels et périnataux, utilisée dans la section 6.7. Les sources des rapports nationaux de décès maternels et périnataux examinés dans la section 4.3 sont listées individuellement dans le cahier de preuves complémentaires.

1. Groupe inter-agences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle (OMS, UNICEF, FNUPA, Groupe de la Banque mondiale, UNDESA/Division de la population). Tendances de la mortalité maternelle 2000 à 2023. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2025. https://www.unfpa.org/publications/trends-maternal-mortality-2000-2023
2. Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Afrique. La mortalité maternelle et néonatale dans la région africaine diminue, mais les progrès restent lents. Brazzaville: OMS AFRO; 7 avril 2025. https://www.afro.who.int/news/african-regions-maternal-and-newborn-mortality-declining-progress-still-slow
3. Groupe inter-agences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile. Niveaux et tendances de la mortalité infantile: rapport 2025. New York: UNICEF; 2025. https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality-2025/
4. Données de l'UNICEF. Taux de mortinaissances et de mortinaissances: estimations de l'IGME de l'ONU. New York: UNICEF; 2025. https://data.unicef.org/topic/child-survival/stillbirths/
5. Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile et Commission de l'Union africaine. De l'engagement à la prestation: les ministres africains tracent une voie pour financer la santé des femmes et des enfants. Abidjan; 24 juillet 2026. https://pmnch.who.int/news-and-events/news/item/24-07-2026-from-commitment-to-delivery-african-ministers-chart-a-path-to-fund-the-health-of-women-and-children
6. Organisation mondiale de la santé. Causes mondiales et régionales de décès maternels 2009–20: une analyse systématique de l'OMS. Lancet Global Health; 7 mars 2025. https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(24)00560-6/texte intégral
7. Organisation mondiale de la santé. Fiche d'information sur la mortalité maternelle. Genève: OMS; 2025. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality
8. Centres africains de contrôle et de prévention des maladies. Le financement de la santé de l'Afrique à une nouvelle ère. Addis-Abeba: Africa CDC; avril 2025. https://africacdc.org/news-item/africas-health-financing-in-a-new-era-april-2025/
9. Réduction de l'aide, vies perdues: estimation de l'impact du retrait de l'USAID sur la mortalité maternelle dans six pays africains. Politique de santé et planification; 2026. https://academic.oup.com/heapol/advance-article/doi/10.1093/heapol/czag034/8513131
10. Union africaine. Plan d'action de Maputo 2016–2030 pour la mise en œuvre du cadre politique continental sur la santé et les droits sexuels et reproductifs. Addis-Abeba: Commission de l'Union africaine.
11. Union africaine. Stratégie de santé africaine 2016–2030; et Agenda 2063: L'Afrique que nous voulons. Addis-Abeba: Commission de l'Union africaine.
12. Union africaine. Campagne pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA). Addis-Abeba: Commission de l'Union africaine. https://au.int/en/sa/carmma

13. Union africaine. Feuille de route pour la campagne renforcée sur la réduction accélérée de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA Plus) 2021–2030. https://carmma.au.int/en/documents/2022-11-22/re-strengthened-carmma-plus

14. Union africaine. Nomination de Son Excellence Samia Suluhu Hassan, Présidente de la République unie de Tanzanie, comme championne de l'Union africaine pour la santé maternelle et infantile ainsi que pour la santé et les droits sexuels et reproductifs; approuvée lors de la 39e session ordinaire de l'Assemblée des chefs d'État et de gouvernement, à la suite du rapport 2025 du Comité des chefs d'État et de gouvernement supervisant Africa CDC.

15. Centres africains de contrôle et de prévention des maladies, Division de la santé maternelle et reproductive. Évaluation continentale des politiques, stratégies, cadres de financement et prestation de services de la SRMNCAH, États membres de l'UA; et ateliers régionaux de validation des politiques, Nairobi (8–10 juillet 2026) et Cotonou (29–31 juillet 2026).

16. Organisation mondiale de la santé. Surveillance des éléments fondamentaux des systèmes de santé: un manuel des indicateurs et de leurs stratégies de mesure. Genève: OMS; 2010.

17. Thaddeus S, Maine D. Trop loin pour marcher: mortalité maternelle dans son contexte. Sciences sociales et médecine. 1994; 38(8):1091–1110.

18. Organisation mondiale de la santé. Stratégies pour mettre fin à la mortalité maternelle évitable (EPMM). Genève: OMS; 2015.

19. Makuwani AM, Dominico SA, Ngweshemi SK, Masika GM, Mpembeni R, Ameh C, et al. Utilisation des revues nationales virtuelles de décès maternel pour améliorer la qualité des soins pendant la grossesse, le travail et l'accouchement, ainsi que le post-partum en Tanzanie. PLoS One. 2026; 21(3): e0344858. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0344858

20. Vers l'amélioration de la surveillance et de la réponse aux décès maternels et périnataux dans la région africaine: une analyse de 25 pays de 2015 à 2022. Disponible sur: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12959009/

21. Kinney MV, et al. "Cela peut être une statistique pour moi, mais chaque décès compte.": une évaluation des systèmes de surveillance et de réponse aux décès maternels et périnataux au niveau des établissements dans quatre pays d'Afrique subsaharienne. PLOS Un. 2020; 15:e0243722. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243722

22. Facilitateurs et obstacles à la mise en œuvre de la surveillance et de la réponse aux décès maternels et périnataux en Éthiopie: une revue systématique. Santé reproductive. 2025. https://doi.org/10.1186/s12978-025-02115-w

23. Surveillance et réponse des décès maternels et périnataux dans les pays à revenu faible et intermédiaire: une revue de cadrage des facteurs de mise en œuvre. Politique et planification de la santé. 2021; 36(6):955–973. https://academic.oup.com/heapol/article/36/6/955/6169403

24. Surveillance et réponse aux décès maternels et périnataux: une revue systématique des études qualitatives. Disponible à: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9795385/

25. Identification par audit des facteurs évitables dans les décès maternels et périnataux dans des contextes à faible nombre de ressources: une revue systématique. BMC Grossesse et accouchement. 2014;14:280. https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-280

26. Compter chaque mortinaissance et décès néonatal par audit de mortalité afin d'améliorer la qualité des soins pour chaque femme enceinte et son bébé. BMC Grossesse et accouchement. 2015; 15 (Suppl 2): S9. https://doi.org/10.1186/1471-2393-15-S2-S9

27. La fiabilité des instruments d'audit maternel pour attribuer la cause du décès dans la revue du décès maternel: une revue systématique et méta-analyse. Disponible sur: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8127245/

28. Identifier la “véritable cause du décès”: la complexité des revues sur la mort maternelle en Tanzanie. Politique et planification de la santé. 2026 (accès anticipé). https://doi.org/10.1093/heapol/czag053

29. Perspectives du personnel des établissements sur la mise en œuvre de la surveillance et de la réponse aux décès maternels et périnataux dans six établissements de santé à Kigoma, Tanzanie. Identifiant PubMed 42224337. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42224337/

30. Revues virtuelles internationales confidentielles des décès maternels liés à l'infection et des quasi-incidents dans 11 pays à revenu faible et intermédiaire — série de rapports de cas et actions suggérées. Disponible sur: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9128080/

31. Renforcement des systèmes de surveillance des décès maternels pour la prise de décision fondée sur des preuves en Afrique subsaharienne: le cas de la région centrale au Cameroun. Disponible sur: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8647191/

32. Willcox ML, Price J, Scott S, Nicholson BD, Stuart B, Roberts NW, Allott H, Mubangizi V, Dumont A, Harnden A. Audits et revues des décès pour réduire la mortalité maternelle, périnatale et infantile. Base de données Cochrane des revues systématiques. 25 mars 2020; 3(3): CD012982. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012982.pub2 (PMID 32212268; PMCID PMC7093891)

33. Dumont A, Fournier P, Abrahamowicz M, Traoré M, Haddad S, Fraser WD, pour le groupe de recherche QUARITE. Qualité des soins, gestion des risques et technologie en obstétrique pour réduire la mortalité maternelle hospitalière au Sénégal et au Mali (QUARITE): un essai randomisé en cluster. The Lancet. 2013; 382(9887):146–157. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60593-0

34. Centres africains de contrôle et de prévention des maladies. Feuille de route championne de l'Union africaine pour la santé maternelle, néonatale, infantile et adolescente : zéro décès maternel, zéro décès évitable de nouveau-né, zéro enfant non vacciné. Addis-Abeba ; 2026. Voir aussi : Africa CDC, “Africa CDC et UA Champion Rally les États membres derrière l'agenda zéro décès maternel” et “Accélération de l'action continentale pour mettre fin aux décès maternels et infantiles évitables”, africacdc.org (2026).

35. Union africaine. Session extraordinaire de l'Assemblée des chefs d'État et de gouvernement, “Faire progresser la justice, l'équité et la couverture universelle de santé : mettre fin au sida, à la tuberculose, améliorer la santé maternelle”. Accra ; 21–22 juillet 2026.

36. Centres africains de contrôle et de prévention des maladies. Plan stratégique pour transformer le financement de la santé et promouvoir l’autonomie ; et le financement de la santé de l'Afrique dans une nouvelle ère. Addis-Abeba: Africa CDC ; 2025. https://africacdc.org/news-item/africa-cdc-unveils-strategic-plan-to-transform-health-financing-and-advance-self-reliance/

37. Facilité mondiale de financement pour les femmes, les enfants et les adolescents. Rapport annuel 2024–2025. Washington, DC : Banque mondiale ; 2025. https://www.globalfinancingfacility.org/annual-reports

38. Centre pour le développement mondial. Évoluer vers des dépenses de santé plus intelligentes : le rôle du Mécanisme mondial de financement. Washington, DC: CGD. https://www.cgdev.org/blog/moving-toward-smarter-health-spending-role-global-financing-facility-world-bank

39. Faire avancer l'agenda de Lusaka : les opportunités manquées du Fonds mondial de financement pour catalyser l'investissement durable en santé. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC12422050/ Voir aussi: Dévoiler le Mécanisme mondial de financement, une analyse politique en plusieurs niveaux. Action mondiale pour la santé. 2025. https://doi.org/10.1080/16549716.2025.2476820

40. Banque africaine de développement et Fondation Gates. Installation africaine de médicaments et équipements et soutien gouvernemental à la liquidité pour l'achat de produits de santé ; et Fonds mondial, mécanisme d'échange de dettes Endette2Santé. https://www.theglobalfund.org/en/how-we-raise-funds/innovative-finance/debt-swaps-debt2health/

41. Compte à rebours jusqu'en 2030. Aperçu des réformes actuelles et prévues du financement de la santé pour la couverture santé universelle dans la région africaine de l'OMS. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12333570/

42. Le parcours du Kenya et du Nigeria dans le financement des soins de santé et la réalisation de la couverture santé universelle en Afrique. Nigeria Health Watch; 2025. https://nigeriahealthwatch.com/articles/thought-leadership/kenya-and-nigerias-journey-in-healthcare-financing-and-achieving-universal-health-coverage-in-africa/

43. L'Agenda de Lusaka : conclusions du processus Future of Global Health Initiatives. Lusaka et Genève ; 12 décembre 2023. Approuvé par l'Assemblée de l'Union africaine, février 2024. https://futureofghis.org/final-outputs/lusaka-agenda/ Voir aussi Africa CDC, Cadre de responsabilité pour piloter l'Agenda de Lusaka et Secrétariat continental pour la mise en œuvre de l'Agenda de Lusaka, africacdc.org.

44. Ministère de la Santé, République unie de Tanzanie. Enquête démographique et sanitaire de Tanzanie et Enquête sur les indicateurs du paludisme (TDHS-MIS) 2022. Dar es Salaam et Rockville MD; 2023.

45. Évaluation du programme M-MAMA et analyses pilotes publiées du transport d'urgence pour les urgences maternelles et nouveau-nées, République unie de Tanzanie.

46. Données de surveillance du programme Adolescents 360 / RISE, Smart Start, Ministère fédéral de la Santé, Éthiopie.

47. Institut éthiopien de santé publique. Enquête démographique et sanitaire sur l'Éthiopie 2024/25, résultats préliminaires (prépublication).

48. Organisation mondiale de la santé. Recommandation de l'OMS concernant l'acide tranexamique pour le traitement de l'hémorragie post-partum. Genève: OMS; 2017.

49. Organisation mondiale de la santé. Recommandations de l'OMS: utéro-tonique pour la prévention de l'hémorragie post-partum. Genève: OMS; 2018.

50. Organisation mondiale de la santé. Recommandation de l'OMS sur la distribution anticipée de misoprostol aux femmes enceintes pour prévenir l'hémorragie post-partum. Genève: OMS; 2020.

51. FEMME Collaboratrice à l'essai. Effet de l'administration précoce d'acide tranexamique sur la mortalité, l'hystérectomie et d'autres morbidités chez les femmes souffrant d'hémorragie post-partum (WOMAN): un essai international, randomisé, en double aveugle, contrôlé par placebo. Lancet. 2017; 389(10084):2105–2116. doi:10.1016/S0140-6736(17)30638-4

52. Widmer M, Piaggio G, Nguyen TMH, et al. Carbétocine stable à la chaleur versus ocytocine pour prévenir les hémorragies après un accouchement vaginal. N Engl, J, Med. 2018; 379(8):743–752. doi:10.1056/NEJMoa1805489

53. Gallos I, Devall A, Martin J, et al. Essai randomisé de détection précoce et de traitement de l'hémorragie post-partum. N Engl, J, Med. 2023; 389(1):11–21. doi:10.1056/NEJMoa2303966

54. UNFPA. État de la sage-femme mondiale — rapport régional d'Afrique de l'Ouest et centrale. Dakar: UNFPA; 2025.

55. Banque mondiale. Projet d'amélioration des services de santé reproductive, maternelle et infantile en Ouganda (URMCHIP): rapport d'achèvement de la mise en œuvre et de résultats. Washington DC: Banque mondiale.

56. Résultats du programme Geo ST4R, Conseil de gestion des soins de santé primaires de l'État de Kano, Nigeria.

57. Évaluation en série chronologique évaluée par des pairs de la livraison autonome de produits sanguins par drone, Rwanda. The Lancet Global Health.

58. UNFPA et Ministère fédéral de la Santé, Éthiopie. Compact multi-donateurs de planification familiale: conception, gouvernance et financement, 2023.

59. Évaluation randomisée par des pairs du financement basé sur la performance, Rwanda. The Lancet.

60. Évaluation évaluée par des pairs de l'assurance santé communautaire Mutuelles de Santé, Rwanda. PLOS ONE.

61. Gouvernement du Malawi. Loi sur le mariage, le divorce et les relations familiales de 2015; Loi sur la modification de la Constitution de 2017.

62. Programme National de Santé de la Reproduction. Rapport de la surveillance des décès maternels, périnatals et de riposte (SDMPR) 2025. Kinshasa: Ministère de la Santé, République démocratique du Congo; 2026.

63. Ministère fédéral de la Santé et du Bien-être social, Nigeria. Rapport sur la mise en œuvre 2019–2021 de la surveillance et de la réponse aux décès maternels, périnataux et infantiles (MPCDSR) au Nigeria. Abuja; 31 juillet 2026.

64. Ministère fédéral de la Santé et du Bien-être social, Nigeria. Rapport sur la mise en œuvre 2021–2025 de la surveillance et de la réponse aux décès maternels, périnataux et infantiles (MPCDSR) au Nigeria. Abuja; 31 juillet 2026.

65. Ministério da Saúde, República de Moçambique. Diplôme ministériel: Comité Nacional de Auditoria de Mortes Maternas, Perinatais e Neonatais. Maputo; 2026.

Annexe 1. Profils de pays

Cette annexe fournit un profil pour chacun des 55 États membres de l'Union africaine. Les 55 ont tous complété l'évaluation continentale 2026, les deux derniers, le Gabon et le Mozambique, retournant les outils pays en août et septembre 2026; Le rapport du Mozambique couvre uniquement les sections A à C de la Partie A.

Chaque profil s'appuie sur deux sources indépendantes: ce que l'État membre a rapporté sur ses politiques, sa coordination, son financement et ses systèmes de données dans l'évaluation continentale, et ce que ses propres rapports de revue des décès maternels et périnataux rapportent sur les décès de femmes et de nouveau-nés. Lorsqu'un État membre n'a pas de rapport d'examen de décès dans la bibliothèque, cela est indiqué. Là où il n'a pas participé à l'évaluation, cela est indiqué. Chaque profil porte le drapeau de l'État membre et une carte de localisation sur laquelle cet État membre est affiché en bordeaux par rapport au reste du continent en or pâle.

Les versions antérieures clôturaient chaque profil par une demande adressée à cet État membre. Ces demandes se divisent en cinq groupes et sont présentées ici une fois plutôt que répétées cinquante-cinq fois. Vingt-sept États membres sont invités à partager leur dernier rapport national d'examen des décès maternels et périnataux, ou à confirmer qu'aucun n'a été produit depuis 2015; pour sept d'entre eux, les seules preuves actuellement disponibles proviennent d'études ou de rapports au niveau des établissements plutôt qu'd'un examen national. Quatorze dont les systèmes d'examen fonctionnent sont invités à inclure dans leur prochain rapport national une section explicite enregistrant les progrès par rapport aux recommandations du cycle précédent. Six sont invités à soumettre ou compléter le jeu de données sur la prestation de services 2021-2025, en priorisant les données sur les causes de décès néonatales et maternelles, qui sont les domaines les plus rapides. Trois doivent remplir le questionnaire d'évaluation continental. Quatre, dont le rapport est déjà à jour et complet, sont invités à le maintenir et à partager les détails opérationnels de leurs systèmes d'examen avec les États membres cherchant à renforcer les leurs. Lequel de ces critères s'applique à un État membre donné peut être lu directement à partir de son profil: un rapport absent, une ligne de suivi de recommandation absente, ou un pourcentage de prestation de services inférieur à 100.

Les pourcentages rapportés dans les sections d'évaluation des décès sont tels que publiés par chaque État membre et ne sont pas comparables entre pays, pour les raisons énoncées à la section 4.6.

Algérie

Afrique du Nord · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 0 documents dans la bibliothèque des examens de décès





Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	En développement
Année d'adoption	2025	**Tableau de bord des politiques**	7 sur 13
Mécanisme de coordination	Non	**Plan opérationnel coûté**	En développement
Ligne budgétaire dédiée SSR	Oui	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Non
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Partiellement	**SSR dans le package UHC**	Inclusion globale
Loi sur l'avortement	Criminalisé	**Législation sur la VG**	—

Revue des décès maternels et périnataux

Aucun rapport national d'examen des décès maternels ou périnataux n'a été identifié pour cet État membre dans la bibliothèque rassemblée pour ce rapport. Ce n'est pas une preuve que les décès ne sont pas examinés; c'est une preuve que les résultats ne sont pas accessibles au public.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude de l'ensemble de données de prestation de services demandés: 27 % (modéré).

Angola

Afrique australe · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 1 document dans la bibliothèque des examens de décès





Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Non
Année d'adoption	—	**Tableau de bord des politiques**	8 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Non	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Non
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Partiellement	**SSR dans le package UHC**	Inclusion globale
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

1 document dans la bibliothèque; aucun rapport national de revue identifié, les preuves proviennent d'études ou de rapports d'établissements. Périodes couvertes: 2010–2014. Type de source: rapport institutionnel (établissement).

Principales causes enregistrées (2010–2014): hémorragie 15 %; septicémie puerpérale 13 %; éclampsie 11 %; utérus rompu 10 %.

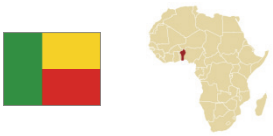
Note analytique: rapport institutionnel d'avant 2015 uniquement — l'analyse des écarts ne mentionne aucun rapport national du MPDSR depuis 2015.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 30 % (modéré).

Bénin

Afrique de l'Ouest · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 1 document dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2013	**Tableau de bord des politiques**	11 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Oui	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Non
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Inclusion partielle
Loi sur l'avortement	Légal à la demande	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

Un document à la bibliothèque; ou plusieurs rapports de revue nationale disponibles. Périodes couvertes: 2018 (rapporté en 2019). Type de source: MPDSR (audit de décès).

Principales causes enregistrées (2018 (rapportées en 2019): hémorragie 34,3 %; hypertension 15 %; anémie 13,1 %; inconnue 2 %.

Suit les progrès par rapport aux recommandations précédentes: Oui.

Note analytique: L'hémorragie est la principale cause dans 10 départements ainsi qu'au niveau national. ~20 % des décès sont attribués à des causes “non classiques”. Le rapport cite explicitement ses propres faiblesses du système: faible taux d'achèvement d'audit, transmission retardée des rapports d'audit, et FAIBLE TAUX D'EXÉCUTION DES RECOMMANDATIONS résultant des audits — l'un des auto-diagnostiques les plus clairs de l'écart entre recommandations et actions dans la bibliothèque.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude de l'ensemble de données de prestation de services demandé: 11 % (faible).

Botswana

Afrique australe · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 13 documents dans la bibliothèque des examens de décès





Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2010	**Tableau de bord des politiques**	5 sur 13
Mécanisme de coordination	En développement	**Plan opérationnel coûté**	En développement
Ligne budgétaire dédiée SSR	Partiellement	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Non
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Partiellement	**SSR dans le package UHC**	Inclusion globale
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Dispositions partielles

Revue des décès maternels et périnataux

13 documents dans la bibliothèque; ou plusieurs rapports de revue nationale disponibles. Périodes couvertes: 2012–2014; 2020; 2021; 2022; 2023. Type de source: revue nationale de type ENCMM, série d'état civil / MMR.

Principales causes enregistrées (2023): autres maladies maternelles compliquant la grossesse 22,7 %; hypertension gestationnelle avec une protéinurie significative 20,5 %; avortement non spécifié 13,6 %.

Suit les progrès par rapport aux recommandations précédentes: Pas attesté dans les rapports examinés.

Note analytique: les dix principales causes codées CIM-10 représentent 86,4 % des décès. La catégorie principale est un résidu (“autres maladies maternelles classées ailleurs”) — un signal de qualité de classification.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 60 % (élevé).

Burkina Faso

Afrique de l'Ouest · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 3 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2025	**Tableau de bord des politiques**	13 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Oui	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Oui
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Inclusion partielle
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

3 documents à la bibliothèque; rapport(s) de revue nationale disponibles. Périodes couvertes: 2014 et 2016. Type de source: SDMR.

Suit les progrès par rapport aux recommandations précédentes: Pas attesté dans les rapports examinés.

Note analytique: Les rapports suivent les décès maternels notifiés de 2014 à 2016. Détails limités sur les causes de décès dans les extraits disponibles; demande la série annuelle complète au pays.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 84 % (élevé).

Burundi

Afrique centrale · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 0 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2025	**Tableau de bord des politiques**	11 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Oui	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Oui
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Inclusion partielle
Loi sur l'avortement	Criminalisé	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

Aucun rapport national d'examen des décès maternels ou périnataux n'a été identifié pour cet État membre dans la bibliothèque rassemblée pour ce rapport. Ce n'est pas une preuve que les décès ne sont pas examinés; c'est une preuve que les résultats ne sont pas accessibles au public.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 3 % (faible).

Cabo Verde

Afrique de l'Ouest · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 0 documents dans la bibliothèque des revues de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2025	**Tableau de bord des politiques**	8 sur 13
Mécanisme de coordination	Non	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Non	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Non
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Partiellement	**SSR dans le package UHC**	Inclusion globale
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

Aucun rapport national d'examen des décès maternels ou périnataux n'a été identifié pour cet État membre dans la bibliothèque rassemblée pour ce rapport. Ce n'est pas une preuve que les décès ne sont pas examinés; c'est une preuve que les résultats ne sont pas accessibles au public.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude de l'ensemble de données de prestation de services demandé: 25 % (modéré).

Cameroun

Afrique centrale · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 3 documents dans la bibliothèque des examens de décès





Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2024	**Tableau de bord des politiques**	7 sur 13
Mécanisme de coordination	En développement	**Plan opérationnel coûté**	—
Ligne budgétaire dédiée SSR	Partiellement	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Non
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Inclusion partielle
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Conscription de loi

Revue des décès maternels et périnataux

2 documents dans la bibliothèque; aucun rapport d'examen national identifié — les preuves proviennent d'études ou de rapports d'établissements. Périodes couvertes: examen critique. Type de source: revue.

Note analytique: Aucun rapport national de la MPDSR dans la bibliothèque; uniquement une revue critique évaluée par des pairs.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 80 % (élevé).

République centrafricaine

Afrique centrale · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 0 documents dans la bibliothèque des examens de décès





Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2025	**Tableau de bord des politiques**	9 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Non	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Oui
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Partiellement	**SSR dans le package UHC**	Inclusion partielle
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

Aucun rapport national d'examen des décès maternels ou périnataux n'a été identifié pour cet État membre dans la bibliothèque rassemblée pour ce rapport. Ce n'est pas une preuve que les décès ne sont pas examinés; c'est une preuve que les résultats ne sont pas accessibles au public.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 57 % (élevé).

Chad

Afrique centrale · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 0 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	—	**Tableau de bord des politiques**	8 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Non	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Non
Financement externe des SSR	Non	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Inclusion globale
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

Aucun rapport national d'examen des décès maternels ou périnataux n'a été identifié pour cet État membre dans la bibliothèque rassemblée pour ce rapport. Ce n'est pas une preuve que les décès ne sont pas examinés; c'est une preuve que les résultats ne sont pas accessibles au public.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 0 % (aucun).

Comores

Afrique de l'Est · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 0 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2023	**Tableau de bord des politiques**	9 sur 13
Mécanisme de coordination	Non	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Oui	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Non
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Inclusion globale
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

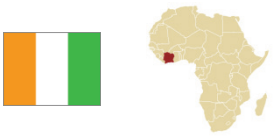
Aucun rapport national d'examen des décès maternels ou périnataux n'a été identifié pour cet État membre dans la bibliothèque rassemblée pour ce rapport. Ce n'est pas une preuve que les décès ne sont pas examinés; c'est une preuve que les résultats ne sont pas accessibles au public.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 6 % (faible).

Côte d'Ivoire

Afrique de l'Ouest · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 0 documents dans la bibliothèque des revues de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2021	**Tableau de bord des politiques**	11 sur 13
Mécanisme de coordination	En développement	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Oui	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Je ne sais pas
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Je ne sais pas
Loi sur l'avortement	Criminalisé	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

0 documents dans la bibliothèque; rapport(s) de revue nationale disponible. Périodes couvertes: 2016–2017. Type de source: SDMR.

Principales causes enregistrées (2016–2017): hémorragie 35 %; maladie hypertensive et complications 9,6 %.

Suit les progrès par rapport aux recommandations précédentes: Oui.

Note analytique: Tous les districts sanitaires notifient les décès maternels identifiés; ~60 % des décès annoncés sont signalés dans les 24 heures. Les comités d'examen utilisent explicitement le modèle des trois retards, avec anonymat documenté et pratiques sans jugement — un modèle de qualité de processus MPDSR.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 0 % (aucun).

République démocratique du Congo

Afrique centrale · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 4 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	En développement
Année d'adoption	—	**Tableau de bord des politiques**	6 sur 13
Mécanisme de coordination	Non	**Plan opérationnel coûté**	En développement
Ligne budgétaire dédiée SSR	Oui	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Non
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Non inclus
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Dispositions partielles

Revue des décès maternels et périnataux

4 documents dans la bibliothèque; rapport(s) de revue nationale(s) disponibles. Périodes couvertes: 2016; 2025. Type de source: SDMR; SDMPR.

Causes principales enregistrées (2025): causes directes, hémorragie obstétricale 61 %; infection 13 %; troubles hypertensifs 10 %; avortement 7 %; autres complications obstétricales 7 %; complications des soins 2 %. Les causes directes représentent 65,8 % de tous les décès maternels et les causes indirectes 29,6 %, donc l'hémorragie représente environ 40 % de tous les décès. Parmi les décès indirects, l'anémie représente 70 %.

Retards contributifs (2024, cités dans le rapport 2025): D1 — décision de consulter 38 %; D2 — transport vers l'établissement 32 %. L'examen de 2016 a enregistré D2 67 %, D1 31 %, D3 2 %.

Suit les progrès par rapport aux recommandations précédentes: Oui.

Note analytique: 4 291 décès maternels ont été signalés en 2025, 2 951 dans les établissements et 1 340 dans la communauté, sur 5 198 949 naissances vivantes, soit un ratio de 83 pour 100 000 contre 157 en 2024. Le rapport lui-même met en garde contre la baisse que la baisse pourrait refléter une sous-notification, un nombre accru d'accouchements à domicile et un enregistrement des naissances faible, plutôt qu'une réelle amélioration. Comparé à l'estimation du DHS 2023–24 de 746 pour 100 000, la notification de routine enregistre environ un décès maternel sur neuf. Les ratios provinciaux varient de Tshuapa 208 à Kasai Oriental 27.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 43 % (modéré).

Djibouti

Afrique de l'Est · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 0 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2022	**Tableau de bord des politiques**	8 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Non	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Non
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Inclusion globale
Loi sur l'avortement	Criminalisé	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

Aucun rapport national d'examen des décès maternels ou périnataux n'a été identifié pour cet État membre dans la bibliothèque rassemblée pour ce rapport. Ce n'est pas une preuve que les décès ne sont pas examinés; c'est une preuve que les résultats ne sont pas accessibles au public.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 0 % (aucun).

Égypte

Afrique du Nord · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 1 document dans la bibliothèque des examens de décès





Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Non
Année d'adoption	—	**Tableau de bord des politiques**	12 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Oui	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Oui
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Inclusion globale
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

1 document dans la bibliothèque; aucun rapport national de revue identifié — les preuves proviennent d'études ou de rapports d'établissement. Périodes couvertes: étude hospitalière. Type de source: étude d'établissement.

Causes principales enregistrées (étude hospitalière): complications de la césarienne; hémorragie post-partum; troubles hypertensifs.

Note analytique: la RMR nationale a été réduite de moitié entre 1992–93 et 2000. Décès lié à la césarienne en importance — un signal de sécurité chirurgicale pertinent pour la hausse des taux de CS sur le continent.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude de l'ensemble de données de prestation de services demandés: 10 % (faible).

Guinée équatoriale

Afrique centrale · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 0 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Non
Année d'adoption	—	**Tableau de bord des politiques**	4 sur 13
Mécanisme de coordination	Non	**Plan opérationnel coûté**	Non
Ligne budgétaire dédiée SSR	Non	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Non
Financement externe des SSR	Non	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Non inclus
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Conscription de loi

Revue des décès maternels et périnataux

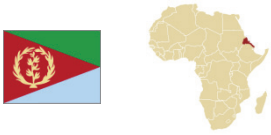
Aucun rapport national d'examen des décès maternels ou périnataux n'a été identifié pour cet État membre dans la bibliothèque rassemblée pour ce rapport. Ce n'est pas une preuve que les décès ne sont pas examinés; c'est une preuve que les résultats ne sont pas accessibles au public.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 2 % (faible).

Érythrée

Afrique de l'Est · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 0 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Non
Année d'adoption	—	**Tableau de bord des politiques**	7 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Oui	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Je ne sais pas
Financement externe des SSR	Non	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Partiellement	**SSR dans le package UHC**	Je ne sais pas
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

Aucun rapport national d'examen des décès maternels ou périnataux n'a été identifié pour cet État membre dans la bibliothèque rassemblée pour ce rapport. Ce n'est pas une preuve que les décès ne sont pas examinés; c'est une preuve que les résultats ne sont pas accessibles au public.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 6 % (faible).

Eswatini

Afrique australe · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 2 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2024	**Tableau de bord des politiques**	10 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Oui	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Je ne sais pas
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Inclusion partielle
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

2 documents dans la bibliothèque; rapport(s) de revue nationale(s) disponibles. Périodes couvertes: 2011–2013; ENCMM triennal. Type de source: MDR, ENCMM.

Causes principales enregistrées (ENCMM triennale): hémorragie obstétrique 27 %; avortement septique 23 %; hypertendu.

Causes directes 54 %; causes indirectes 39 %; 7 % non spécifiées.

Décès jugés évitables: 96 %.

Suit les progrès par rapport aux recommandations précédentes: Pas attesté dans les rapports examinés.

Note analytique: 96 % des 51 décès de cause directe ont été jugés évitables — parmi les plus fortes fractions évitables enregistrées dans une enquête africaine. L'avortement septique est la deuxième cause directe avec 23 %.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 52 % (élevé).

Éthiopie

Afrique de l'Est · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 15 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2026	**Tableau de bord des politiques**	13 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Oui	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Oui
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Non inclus
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

15 documents à la bibliothèque; rapport(s) de revue nationale(s) disponibles. Périodes couvertes: EFY 2006 (2013/14); EFY 2008 (2015/16); EFY 2009 (2016/17); EFY 2010 (2017/18); EFY 2012 (2019/20); EFY 2013 (2020/21); EFY 2014 (2021/22); EFY 2016 (2023/24). Type de source: MDSR, MPDSR.

Principales causes enregistrées (EFY 2016 (2023/24)): hémorragie 61 %; hypertendue 20 %; infection 7 %.

Causes directes 88 %; causes indirectes 5 %; 7 % non spécifiées.

Retards contributifs: D2 45 %; D3 36 %; D1 19 %.

Causes néonatales ou périnatales: prématurité 28,1 %; asphyxie 26,9 %; septicémie/pneumonie/méningite 19,8 %.

Suit les progrès par rapport aux recommandations précédentes: Oui.

Note analytique: Analyse couvre 16 % des décès signalés — le plus élevé atteint. La part des hémorragies a augmenté régulièrement depuis 2013/14.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 61 % (élevé).

Gabon

Afrique centrale · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 0 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2022	**Tableau de bord des politiques**	9 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Oui	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Je ne sais pas
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Inclusion globale
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	—

Revue des décès maternels et périnataux

Aucun rapport national d'examen des décès maternels ou périnataux n'a été identifié pour cet État membre dans la bibliothèque réunie pour ce rapport. Ce n'est pas une preuve que les décès ne sont pas examinés; c'est une preuve que les résultats ne sont pas rendus publics.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude de l'ensemble de données de prestation de services demandés: 24 % (modéré).

Gambie

Afrique de l'Ouest · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 1 document dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Non
Année d'adoption	2017	**Tableau de bord des politiques**	3 sur 13
Mécanisme de coordination	Non	**Plan opérationnel coûté**	En développement
Ligne budgétaire dédiée SSR	Non	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Oui
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Partiellement
Données entièrement désagrégées	Partiellement	**SSR dans le package UHC**	Inclusion partielle
Loi sur l'avortement	Très restreint	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

1 document à la bibliothèque; aucun rapport d'évaluation nationale identifié — les preuves proviennent d'études ou de rapports d'établissements. Périodes couvertes: évaluées par les pairs. Type de source: étude.

Note analytique: la RMR en baisse depuis 1990; les causes classiques directes persistent, présentées par les auteurs comme un reflet du développement socio-économique.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 0 % (aucun).

Ghana

Afrique de l'Ouest · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 4 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Non
Année d'adoption	—	**Tableau de bord des politiques**	8 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Non
Ligne budgétaire dédiée SSR	Non	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Non
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Inclusion partielle
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

4 documents dans la bibliothèque; aucun rapport d'examen national identifié — les preuves proviennent d'études ou de rapports d'établissements. Périodes couvertes: 2008–2010 (Hôpital universitaire Tamale) / analyse situationnelle 2016. Type de source: audit de l'établissement / analyse situationnelle.

Principales causes enregistrées (2008–2010 (Hôpital universitaire Tamale) / analyse situationnelle 2016): septicémie 19,8 %; hypertension 18 %.

Note analytique: Les causes indirectes (14 %) comprenaient la drépanocytose, l'anémie sévère, le paludisme, l'hépatite et le VIH. Le Ghana a manqué son objectif de 185 pour 100 000 habitants (OMD5) mais a atteint une réduction de ~58 %. Décès annuels attendus: 2 000 à 3 000 personnes en taux de natalité et RRO — un seuil d'échelle de sous-capture.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 0 % (aucun).

Guinée

Afrique de l'Ouest · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 0 documents dans la bibliothèque des revues de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2020	**Tableau de bord des politiques**	12 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Oui	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Non
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Services limités
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

Aucun rapport national d'examen des décès maternels ou périnataux n'a été identifié pour cet État membre dans la bibliothèque rassemblée pour ce rapport. Ce n'est pas une preuve que les décès ne sont pas examinés; c'est une preuve que les résultats ne sont pas accessibles au public.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 57 % (élevé).

Guinée-Bissau

Afrique de l'Ouest · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 0 documents dans la bibliothèque des revues de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Je ne sais pas
Année d'adoption	—	**Tableau de bord des politiques**	4 sur 13
Mécanisme de coordination	Non	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Non	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Non
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Partiellement	**SSR dans le package UHC**	Non inclus
Loi sur l'avortement	Non spécifié	**Législation sur la VG**	Dispositions partielles

Revue des décès maternels et périnataux

Aucun rapport national d'examen des décès maternels ou périnataux n'a été identifié pour cet État membre dans la bibliothèque rassemblée pour ce rapport. Ce n'est pas une preuve que les décès ne sont pas examinés; c'est une preuve que les résultats ne sont pas accessibles au public.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 0 % (aucun).

Kenya

Afrique de l'Est · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 12 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Non
Année d'adoption	2022	**Tableau de bord des politiques**	7 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Non
Ligne budgétaire dédiée SSR	—	**Augmentation intérieure (3 ans)**	—
Financement externe des SSR	—	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	—
Loi sur l'avortement	—	**Législation sur la VG**	—

Revue des décès maternels et périnataux

12 documents dans la bibliothèque; ou plusieurs rapports d'examen national disponibles. Périodes couvertes: 2014 (ENCMM); exercice 2020/21; exercice 2021/22. Type de source: ENCMM, MPDSR.

Principales causes enregistrées (exercice 2021/22): HPP 37 %; éclampsie 22 %; septicémie 12 %; VIH/SIDA (indirect) 19 %; avortement 5 %; utérus rompu 2 %.

Retards contributifs: facteur avancé D2 (longue distance/routes médiocres) 25 %.

Suit les progrès par rapport aux recommandations précédentes: Oui.

Note analytique: la part du VIH/SIDA dans les décès maternels a augmenté de 16 %→19 % sur les deux années. 13 % (2020/21) et 11 % (2021/22) des décès sont survenus avant 28 semaines — complications liées à l'avortement. L'utérus rompu a présenté la létalité la plus élevée (6,3 %→4,6 %) bien que la part la plus faible des décès. Les conducteurs de D2 sont passés du manque de transport inter-établissements (31 %) à la distance/routes dégradées (25 %). Le rapport note une incohérence dans l'enregistrement des causes indirectes.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude de l'ensemble de données de prestation de services demandés: 45 % (modéré).

Lesotho

Afrique australe · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 16 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2025	**Tableau de bord des politiques**	7 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Non
Ligne budgétaire dédiée SSR	Non	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Je ne sais pas
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Partiellement	**SSR dans le package UHC**	Inclusion partielle
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Dispositions partielles

Revue des décès maternels et périnataux

16 documents dans la bibliothèque; ou plusieurs rapports de revue nationaux disponibles. Périodes couvertes: 2010; 2011–2015; 2016–2020; 2021/22. Type de source: MDR.

Principales causes enregistrées (2021/22): troubles hypertensifs 23,3 %; septicémie liée à la grossesse 5,3 %.

Suit les progrès par rapport aux recommandations précédentes: Pas attesté dans les rapports examinés.

Note analytique: 20 décès sur 86 (23,3 %) dus à des troubles hypertensifs; l'éclampsie représentait 54 % (n=7) des décès par hypertension en 2022. Les facteurs évitables liés aux patientes comprenaient l'absence de présence en ANC et un avortement dangereux.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 77 % (élevé).

Libéria

Afrique de l'Ouest · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 2 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2024	**Tableau de bord des politiques**	12 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Oui	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Oui
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Inclusion globale
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

2 documents dans la bibliothèque; rapport(s) de revue nationale(s) disponibles. Périodes couvertes: 2016. Type de source: MNDSR.

Causes principales enregistrées (2016): hémorragie; Septicémie.

Suit les progrès par rapport aux recommandations précédentes: Pas attesté dans les rapports examinés.

Note analytique: Les causes explicitement présentées comme étant aggravées par un accès limité à la prestation qualifiée (46 %).

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 0 % (aucun).

Libye

Afrique du Nord · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 0 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Non
Année d'adoption	—	**Tableau de bord des politiques**	4 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Non
Ligne budgétaire dédiée SSR	2	**Augmentation intérieure (3 ans)**	2
Financement externe des SSR	Non	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Inclusion partielle
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

Aucun rapport national d'examen des décès maternels ou périnataux n'a été identifié pour cet État membre dans la bibliothèque rassemblée pour ce rapport. Ce n'est pas une preuve que les décès ne sont pas examinés; c'est une preuve que les résultats ne sont pas accessibles au public.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 0 % (aucun).

Madagascar

Afrique de l'Est · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 3 documents dans la bibliothèque des revues de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2021	**Tableau de bord des politiques**	12 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Oui	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Oui
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Partiellement	**SSR dans le package UHC**	Inclusion globale
Loi sur l'avortement	Criminalisé	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

3 documents à la bibliothèque; Rapport(s) de revue nationale(s) disponibles. Périodes couvertes: 2020–2023. Type de source: SDMPR.

Principales causes enregistrées (2020–2023): hémorragie post-partum 23 %; septicémie post-partum 16 %.

Retards contributifs: cadre de trois retards appliqué — famille/communauté, facteurs de fournisseur et administratifs.

Suit les progrès par rapport aux recommandations précédentes: Pas attesté dans les rapports examinés.

Note analytique: Le rapport associe explicitement les facteurs contributifs aux niveaux familial/communautaire, de fournisseur et administratif, en reproduisant les trois retards. Note que les taux de notification et de révision restent stables malgré deux instruments juridiques qui les imposent — un écart de gouvernance/conformité.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de services demandé: 94 % (élevé).

Malawi

Afrique australe · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 7 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2024	**Tableau de bord des politiques**	10 sur 13
Mécanisme de coordination	Non	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Partiellement	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Oui
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Partiellement	**SSR dans le package UHC**	Inclusion partielle
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Dispositions partielles

Revue des décès maternels et périnataux

7 documents à la bibliothèque; Rapport(s) de revue nationale disponibles. Périodes couvertes: 2008–2012; 2012–2014; 2013–2016. Type de source: ENCMM, MDSR.

Principales causes enregistrées (2013–2016): éclampsie 18 %; septicémie 11 %; hémorragie ante-partum 11 %.

Suit les progrès par rapport aux recommandations précédentes: Oui.

Note analytique: Le rapport lui-même indique que la catégorie de cause “autre” nécessite une enquête — écart de classification.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 100 % (élevé).

Mali

Afrique de l'Ouest · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 0 documents dans la bibliothèque des revues de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2026	**Tableau de bord des politiques**	12 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Oui	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Oui
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Non inclus
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

Aucun rapport national d'examen des décès maternels ou périnataux n'a été identifié pour cet État membre dans la bibliothèque rassemblée pour ce rapport. Ce n'est pas une preuve que les décès ne sont pas examinés; c'est une preuve que les résultats ne sont pas accessibles au public.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 53 % (élevé).

Mauritanie

Afrique du Nord · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 1 document dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2022	**Tableau de bord des politiques**	8 sur 13
Mécanisme de coordination	Non	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Oui	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Oui
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Partiellement	**SSR dans le package UHC**	Inclusion globale
Loi sur l'avortement	Criminalisé	**Législation sur la VG**	—

Revue des décès maternels et périnataux

1 document à la bibliothèque; Rapport(s) de revue nationale(s) disponible. Périodes couvertes: 2017–2018. Type de source: SDMR.

Causes principales enregistrées (2017–2018): hémorragie obstétricale; complications hypertensives, principalement de l'éclampsie.

Causes directes à 69 %.

Suit les progrès par rapport aux recommandations précédentes: Pas attesté dans les rapports examinés.

Note analytique: La létalité des cas selon le type de complication est rapportée — utile pour l'analyse de la qualité des soins.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 0 % (aucun).

Maurice

Afrique de l'Est · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 0 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	—	**Stratégie SSR autonome**	—
Année d'adoption	—	**Tableau de bord des politiques**	Non retourné
Mécanisme de coordination	—	**Plan opérationnel coûté**	—
Ligne budgétaire dédiée SSR	—	**Augmentation intérieure (3 ans)**	—
Financement externe des SSR	—	**SSR dans les SIS nationaux**	—
Données entièrement désagrégées	—	**SSR dans le package UHC**	—
Loi sur l'avortement	—	**Législation sur la VG**	—

Revue des décès maternels et périnataux

Aucun rapport national d'examen des décès maternels ou périnataux n'a été identifié pour cet État membre dans la bibliothèque rassemblée pour ce rapport. Ce n'est pas une preuve que les décès ne sont pas examinés; c'est une preuve que les résultats ne sont pas accessibles au public.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 0 % (aucun).

Maroc

Afrique du Nord · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 5 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Le Maroc a été ajouté à l'évaluation continentale lors du cycle d'enquête de juillet 2026. Il a complété l'instrument politique de base plutôt que l'instrument global, de sorte que la coordination, le financement, le suivi et les domaines juridiques ne sont pas disponibles; les preuves d'examen de décès ci-dessous ont un poids analytique pour cet État membre.

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2021	**Tableau de bord des politiques**	10 sur 13
Mécanisme de coordination	En développement	**Plan opérationnel coûté**	En développement
Ligne budgétaire dédiée SSR	Oui	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Oui
Financement externe des SSR	Non	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Inclusion partielle
Loi sur l'avortement	Criminalisé	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

4 documents dans la bibliothèque; ou plusieurs rapports de revue nationaux disponibles. Périodes couvertes: 2008–2012; analyse des systèmes de surveillance; étude de complétude sur une région. Type de source: ENCMM, analyse de surveillance, étude de complétude.

Principales causes enregistrées (étude de complétude sur une région): hémorragie 39,1 %; troubles hypertensifs 23,2 %; avortement 5,8 %.

Causes directes 84,1 %; causes indirectes 10,1 %; 5,8 % non spécifiées.

Suit les progrès par rapport aux recommandations précédentes: Pas attesté dans les rapports examinés.

Note analytique: MÉTHODE CLÉ CITATION: quantifie la sous-déclaration dans un système MDSR africain. Les quatre décès dus à l'avortement sont survenus dans des hôpitaux publics.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude de l'ensemble de données de prestation de services demandé: 29 % (modéré).

Pas évalué.

Mozambique

Afrique australe · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 4 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Non
Année d'adoption	—	**Tableau de bord des politiques**	6 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	—	**Augmentation intérieure (3 ans)**	—
Financement externe des SSR	—	**SSR dans les SIS nationaux**	—
Données entièrement désagrégées	—	**SSR dans le package UHC**	—
Loi sur l'avortement	—	**Législation sur la VG**	—

L'outil pays pour cet État membre a été reçu en septembre 2026 et couvre uniquement les sections A à C de la partie A. Les champs des sections financement, suivi et juridique ne sont pas encore déclarés.

Revue des décès maternels et périnataux

4 documents dans la bibliothèque; rapport(s) de revue nationale disponibles. Périodes couvertes: 2017; 2026. Type de source: MDSR (auditoriums); instrument ministériel.

Causes principales enregistrées (2017): hémorragie obstétricale (de causes directes) 50 %; troubles hypertensifs 22 %.

Délais contributifs: D3 — retard dans la réception de soins adéquats dans l'établissement.

Suit les progrès par rapport aux recommandations précédentes: Pas attesté dans les rapports examinés.

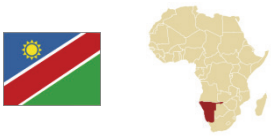
Note analytique: les troubles hypertensifs sont passés de 19 % (2016) à 22 % (2017) et le VIH/SIDA a représenté 49 % des décès indirects en 2017. Un diplôme ministériel de 2026 restructure le Comité national d'audit des décès maternels, périnataux et néonatals en un organisme indépendant, agissant sans ingérence des structures exécutives du ministère, confidentiel et explicitement non punitif: il n'attribue aucune responsabilité individuelle, ne mène aucun processus disciplinaire et ne rend aucun jugement punitif. Il rend compte directement au ministre de la Santé et publie des rapports trimestriels. C'est le seul instrument dans la base de preuves qui aborde directement et en droit la barrière de la culture de la culpabilité.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude de l'ensemble de données de prestation de services demandés: 0 % (aucun). Aucune donnée de la Partie B n'a accompagné l'outil pays de septembre 2026.

Namibie

Afrique australe · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 10 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2025	**Tableau de bord des politiques**	10 sur 13
Mécanisme de coordination	En développement	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Non	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Non
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Inclusion globale
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

10 documents à la bibliothèque; ou plusieurs rapports de revue nationale(s) disponibles. Périodes couvertes: 2010; 2016; 2018–2021; 2021–2024; étude MMR multi-région. Type de source: MDR, ENCMM, étude.

Causes principales enregistrées (étude MMR multi-région): PPH 35 %.

Retards contributifs: D3 40,4 %; D1 38,6 %; D2 7 %.

Suit les progrès par rapport aux recommandations précédentes: Oui.

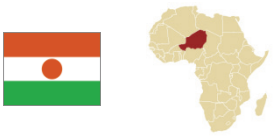
Note analytique: Troisième délai (soins après l'arrivée à l'établissement) le plus important — un signal de qualité de l'établissement, pas un signal d'accès.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude de l'ensemble de données de prestation de services demandé: 62 % (élevé).

Niger

Afrique de l'Ouest · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 8 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2011	**Tableau de bord des politiques**	11 sur 13
Mécanisme de coordination	Je ne sais pas	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Oui	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Non
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Inclusion globale
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

8 documents à la bibliothèque; rapport(s) de revue nationale(s) disponibles. Périodes couvertes: MDSR national. Type de source: MDSR.

Principales causes enregistrées (MDSR national): anémie 26 %; hémorragie 25 %; éclampsie 18 %; infections 12 %.

Suit les progrès par rapport aux recommandations précédentes: Pas attesté dans les rapports examinés.

Note analytique: FRAPPANT: l'anémie — historiquement classée comme cause indirecte — est désormais enregistrée comme la PRINCIPALE cause de décès maternel au Niger, avant l'hémorragie. Quatre causes représentent >80 % des décès. Le rapport note l'effet saisonnier: routes impraticables et décisions de transfert retardées par des hommes occupés par le terrain — un second retard/constatation de genre.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 6 % (faible).

Nigeria

Afrique de l'Ouest · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 12 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2024	**Tableau de bord des politiques**	12 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Non
Ligne budgétaire dédiée SSR	Oui	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Oui
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Inclusion globale
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

12 documents à la bibliothèque; rapport(s) de revue nationale disponibles. Périodes couvertes: juin 2012 – mai 2013 (État d'Ondo); aperçu national; 2019–2021; 2020–2025. Type de source: ENCMM, analyse de situation, MPCDSR.

Principales causes enregistrées (2019–2021): prééclampsie/éclampsie sévère 20,7 %; septicémie 11 %; hémorragie post-partum 10 %; avortement non sécurisé 4 %; autres 44,1 %. Périnataux: complications placentaires 14,2 %; complications maternelles 14 %; asphyxie à la naissance 13,8 %; complications du travail 10,9 %; non spécifié 11,2 %.

Suit les progrès par rapport aux recommandations précédentes: Oui.

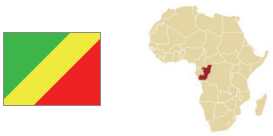
Note analytique: premier État membre de la bibliothèque à publier séparément les taux de notification et d'examen. En 2019–2021, 83,6 % des décès maternels ont été signalés mais seulement 17,8 % ont été examinés; pour les décès périnataux, 37,1 % ont été signalés et 1,7 % examinés. Les décès maternels passant par l'examen sont ensuite passés de 2 618 en 2020 à 749 en 2025, tandis que les décès enregistrés dans le système national d'information sont restés entre environ 4 000 et 5 500, donc la part examinée est passée de 41 % en 2022 à 17 % en 2025. Avec 44,1 % des causes enregistrées comme “autres”, le classement des causes est un signal de qualité de classification et n'est pas utilisé dans ce rapport pour qualifier la conclusion sur les hémorragies. Le MPCDSR opère dans 33 des 37 États mais seulement dans 172 des 774 zones de gouvernement local.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 78 % (élevé).

République du Congo

Afrique centrale · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 1 document dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2022	**Tableau de bord des politiques**	12 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Non
Ligne budgétaire dédiée SSR	Oui	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Oui
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Services limités
Loi sur l'avortement	Très restreint	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

1 document à la bibliothèque; rapport(s) de revue nationale disponible. Périodes couvertes: 2013. Type de source: MDSR.

Principales causes enregistrées (2013): hémorragie 55,6 %; éclampsie 17,5 %; infection post-partum et post-abortum 11,7 %.

Retards contributifs: trois retards analysés.

Suit les progrès par rapport aux recommandations précédentes: Pas attesté dans les rapports examinés.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 46 % (modéré).

Rwanda

Afrique de l'Est · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 4 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Le Rwanda a été ajouté à l'évaluation continentale lors du cycle d'enquête de juillet 2026. Il a complété l'instrument politique de base plutôt que l'instrument global, de sorte que la coordination, le financement, le suivi et les domaines juridiques ne sont pas disponibles; les preuves d'examen de décès ci-dessous ont un poids analytique pour cet État membre.

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Non
Année d'adoption	—	**Tableau de bord des politiques**	1 sur 13
Mécanisme de coordination	—	**Plan opérationnel coûté**	—
Ligne budgétaire dédiée SSR	—	**Augmentation intérieure (3 ans)**	—
Financement externe des SSR	—	**SSR dans les SIS nationaux**	—
Données entièrement désagrégées	—	**SSR dans le package UHC**	—
Loi sur l'avortement	—	**Législation sur la VG**	—

Revue des décès maternels et périnataux

4 documents à la bibliothèque; ou plusieurs rapports de revue nationaux disponibles. Périodes couvertes: ENCMM (national); 2009–2013 (analyse nationale d'audit). Type de source: ENCMM, MDR (audit national).

Principales causes enregistrées (2009–2013 (analyse nationale d'audit): PPH 22,7 %; travail obstrué 12,3 %; infection obstétricale 10,3 %; éclampsie 9,4 %.

Causes directes 70 %; causes indirectes 25,7 %.

Suit les progrès par rapport aux recommandations précédentes: Pas attesté dans les rapports examinés.

Note analytique: Les décès liés à l'avortement ont augmenté de manière significative, ~3 % en début de période, à 5,7 % (2012) et 7 % (2013), p<001. Les soins en établissement de qualité inférieure ont été le principal facteur contributif à 61,1 % des décès — soit le double du taux des facteurs patients/communauté. Évalué par des pairs, donc utilisable comme ancrage de preuve citable.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 0 % (aucun).

Pas évalué.

République arabe démocratique sahraouie

Afrique du Nord · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 0 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	En développement
Année d'adoption	—	**Tableau de bord des politiques**	6 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Non
Ligne budgétaire dédiée SSR	Je ne sais pas	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Non
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Partiellement	**SSR dans le package UHC**	Non inclus
Loi sur l'avortement	Non spécifié	**Législation sur la VG**	Dispositions partielles

Revue des décès maternels et périnataux

Aucun rapport national de revue des décès maternels ou périnataux n'a été identifié pour cet État membre dans la bibliothèque rassemblée pour ce rapport.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 0 % (aucun).

Sao Tomé-et-Principe

Afrique centrale · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 0 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2019	**Tableau de bord des politiques**	9 sur 13
Mécanisme de coordination	En développement	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Oui	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Non
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Je ne sais pas
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Dispositions partielles

Revue des décès maternels et périnataux

Aucun rapport national d'examen des décès maternels ou périnataux n'a été identifié pour cet État membre dans la bibliothèque rassemblée pour ce rapport. Ce n'est pas une preuve que les décès ne sont pas examinés; c'est une preuve que les résultats ne sont pas accessibles au public.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude de l'ensemble de données de prestation de services demandés: 32 % (modéré).

Sénégal

Afrique de l'Ouest · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 1 document dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2024	**Tableau de bord des politiques**	12 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Oui	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Oui
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Inclusion partielle
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

1 document dans la bibliothèque; aucun rapport national d'évaluation identifié — les preuves proviennent d'études ou de rapports d'établissements. Périodes couvertes: 2015 (bulletin janvier–septembre). Type de source: bulletin épidémiologique.

Note analytique: bulletin de surveillance plutôt qu'un rapport complet du MPDSR; aucun rapport national identifié depuis 2015.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 74 % (élevé).

Seychelles

Afrique de l'Est · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 0 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Non
Année d'adoption	2012	**Tableau de bord des politiques**	4 sur 13
Mécanisme de coordination	Non	**Plan opérationnel coûté**	Non
Ligne budgétaire dédiée SSR	Partiellement	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Je ne sais pas
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Non inclus
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

Aucun rapport national d'examen des décès maternels ou périnataux n'a été identifié pour cet État membre dans la bibliothèque rassemblée pour ce rapport. Ce n'est pas une preuve que les décès ne sont pas examinés; c'est une preuve que les résultats ne sont pas accessibles au public.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 77 % (élevé).

Sierra Leone

Afrique de l'Ouest · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 8 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	—	**Stratégie SSR autonome**	—
Année d'adoption	—	**Tableau de bord des politiques**	Non retourné
Mécanisme de coordination	—	**Plan opérationnel coûté**	—
Ligne budgétaire dédiée SSR	—	**Augmentation intérieure (3 ans)**	—
Financement externe des SSR	—	**SSR dans les SIS nationaux**	—
Données entièrement désagrégées	—	**SSR dans le package UHC**	—
Loi sur l'avortement	—	**Législation sur la VG**	—

Revue des décès maternels et périnataux

8 documents à la bibliothèque; ou plusieurs rapports de revue nationale(s) disponibles. Périodes couvertes: 2016; 2017; 2018; 2019. Type de source: MDSR.

Principales causes enregistrées (2019): hémorragie 45,8 %; hypertendue 17 %; septicémie 9,3 %; rupture utérine 4,3 %.

Retards contributifs: délai dans la recherche / orientation / réception de soins (sous-ensemble documenté) 22 %.

Suit les progrès par rapport aux recommandations précédentes: Oui.

Note analytique: la direction RCH a dû reclasser les causes assignées par district en raison de leur incomplétude et d'une mauvaise classification — une déclaration nationale explicite des limites de qualité des données MDSR. La rupture utérine a diminué de 7 →6 %→4,3 % (2017→2019). ANC 4+ chez les femmes décédées seulement 16 %.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 0 % (aucun).

Somalie

Afrique de l'Est · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 2 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Non
Année d'adoption	—	**Tableau de bord des politiques**	4 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Non
Ligne budgétaire dédiée SSR	—	**Augmentation intérieure (3 ans)**	—
Financement externe des SSR	—	**SSR dans les SIS nationaux**	—
Données entièrement désagrégées	—	**SSR dans le package UHC**	—
Loi sur l'avortement	—	**Législation sur la VG**	—

Revue des décès maternels et périnataux

2 documents dans la bibliothèque; aucun rapport d'évaluation nationale identifié — les preuves proviennent d'études ou de rapports d'établissements. Périodes couvertes: synthèse évaluée par des pairs. Type de source: étude.

Causes principales enregistrées (synthèse évaluée par des pairs: hémorragie (menante); éclampsie; Septicémie; entrave au travail.

Note analytique: associé à l'exemple de gouvernance de la Somalie (Un Plan/Un Budget/Un M&E; MMR ~1 044 (2015) à ~563 pour 100 000; écoles de sages-femmes dans 6 des 7 États).

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 0 % (aucun).

Afrique du Sud

Afrique australe · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 16 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2018	**Tableau de bord des politiques**	6 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Non
Ligne budgétaire dédiée SSR	Non	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Je ne sais pas
Financement externe des SSR	Non	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Partiellement	**SSR dans le package UHC**	Inclusion globale
Loi sur l'avortement	Légal à la demande	**Législation sur la VG**	Dispositions partielles

Revue des décès maternels et périnataux

15 documents dans la bibliothèque; ou plusieurs rapports de revue nationale disponibles. Périodes couvertes: 2011–2013; 2017–2019. Type de source: ENCMM.

Principales causes enregistrées (2017–2019): infections non liées à la grossesse (NPRI); hémorragie obstétricale; troubles hypertensifs; conditions médicales et chirurgicales.

Suit les progrès par rapport aux recommandations précédentes: Oui.

Note analytique: LANDMARK: le ROR institutionnel est tombé sous la barre de 100 pour 100 000 naissances vivantes pour la première fois depuis le début de la série en 1998. Le rapport attribue explicitement cela à l'évaluation des décès individuels et à la mise en œuvre des recommandations qui en découlent. La plus forte baisse individuelle depuis 2010 a été enregistrée dans les infections non liées à la grossesse, à la suite du déploiement de l'ART. À mesure que d'autres causes diminuaient, des conditions médicales et chirurgicales sont apparues comme une cause sous-jacente majeure. Les décès potentiellement évitables sont analysés par niveau de soins — les chiffres absolus les plus élevés dans les hôpitaux de district et régionaux.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 7 % (faible).

Soudan du Sud

Afrique de l'Est · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 0 documents dans la bibliothèque des examens de décès





Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2019	**Tableau de bord des politiques**	7 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Non	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Non
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Inclusion partielle
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

Aucun rapport national d'examen des décès maternels ou périnataux n'a été identifié pour cet État membre dans la bibliothèque rassemblée pour ce rapport. Ce n'est pas une preuve que les décès ne sont pas examinés; c'est une preuve que les résultats ne sont pas accessibles au public.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 12 % (faible).

Soudan

Afrique de l'Est · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 0 documents dans la bibliothèque des examens de décès





Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Non
Année d'adoption	—	**Tableau de bord des politiques**	8 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Non
Ligne budgétaire dédiée SSR	Oui	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Non
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Partiellement	**SSR dans le package UHC**	Inclusion globale
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

Aucun rapport national d'examen des décès maternels ou périnataux n'a été identifié pour cet État membre dans la bibliothèque rassemblée pour ce rapport. Ce n'est pas une preuve que les décès ne sont pas examinés; c'est une preuve que les résultats ne sont pas accessibles au public.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 52 % (élevé).

Tanzanie

Afrique de l'Est · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 15 documents dans la bibliothèque des examens de décès





Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2021	**Tableau de bord des politiques**	13 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Oui	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Oui
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Inclusion partielle
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

15 documents dans la bibliothèque; rapport(s) de revue nationale(s) disponibles. Périodes couvertes: 2018–2024; Évaluation de Kagera. Type de source: MPDSR, évaluation de la mise en œuvre du MPDSR.

Suit les progrès par rapport aux recommandations précédentes: Oui.

Note analytique: Évaluation de la qualité de la mise en œuvre plutôt qu'un rapport de mortalité — preuves utiles expliquant pourquoi les systèmes MPDSR fonctionnent ou non.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 98 % (élevé).

Togo

Afrique de l'Ouest · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 0 documents dans la bibliothèque des revues de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2025	**Tableau de bord des politiques**	7 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Non	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Je ne sais pas
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Partiellement	**SSR dans le package UHC**	Inclusion partielle
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

Aucun rapport national d'examen des décès maternels ou périnataux n'a été identifié pour cet État membre dans la bibliothèque rassemblée pour ce rapport. Ce n'est pas une preuve que les décès ne sont pas examinés; c'est une preuve que les résultats ne sont pas accessibles au public.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 44 % (modéré).

Tunisie

Afrique du Nord · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 1 document dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	—	**Tableau de bord des politiques**	7 sur 13
Mécanisme de coordination	En développement	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Oui	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Je ne sais pas
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Partiellement	**SSR dans le package UHC**	Inclusion globale
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

1 document à la bibliothèque; ou plusieurs rapports de revue nationale disponibles. Périodes couvertes: 1999–2004. Type de source: enquête nationale.

Principales causes enregistrées (1999–2004): hémorragie 30,8 %; éclampsie 11 %.

Causes directes à 69,8 %.

Décès jugés évitables: 75,3 %.

Suit les progrès par rapport aux recommandations précédentes: Pas attesté dans les rapports examinés.

Note analytique: 75,3 % des décès jugés évitables (certains ou possibles) — un chiffre nord-africain cohérent avec la gamme évitable enregistrée ailleurs sur le continent.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 16 % (faible).

Ouganda

Afrique de l'Est · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 12 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2025	**Tableau de bord des politiques**	7 sur 13
Mécanisme de coordination	En développement	**Plan opérationnel coûté**	En développement
Ligne budgétaire dédiée SSR	Non	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Oui
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Partiellement	**SSR dans le package UHC**	Inclusion partielle
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Dispositions partielles

Revue des décès maternels et périnataux

12 documents à la bibliothèque; rapport(s) de revue nationale disponibles. Périodes couvertes: 2009–2011; exercice 2016/17; exercice 2017/18; exercice 2018/19; exercice 2020/21; exercice 2024/25. Type de source: MPDR, MPDSR.

Principales causes enregistrées (exercice 2024/25): hémorragie 46 %; hypertendue 21 %; septicémie 8 %; indirecte (paludisme/VIH/TB/anémie) 6 %; anesthésie 5 %; avortement 4 %.

Retards contributifs: changement D1 -6 %; Changement D2 -8 %; Changement D3 11 %.

Causes néonatales ou périnatales: asphyxie à la naissance 53 %; septicémie 14 %; prématurité 12 %.

Suit les progrès par rapport aux recommandations précédentes: Oui.

Note analytique: Tendance sur cinq ans: hémorragie stable 40–46 %; PHP a augmenté de 15 %→20–21 %, dépassant les causes indirectes comme deuxième cause. La létalité a diminué sur 3 ans: hémorragie –43 %, PHD –50 %, septicémie –9 %, paludisme pendant la grossesse –75 %. Le délai 3 (soins reçus en établissement) A AUGMENTÉ DE 11 % — le seul retard aggravant. HPP 80 % / HPP 20 % d'hémorragie. Adolescents <19 ans: 29 % indirect; septicémie 16 %; l'avortement atteint un pic entre 20 et 24 ans (33 %). Cascade de prise en charge du VIH parmi les décès périnataux: 74 % testés, 5 % positifs, seulement 73 % des personnes sous TAR.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 100 % (élevé).

Zambie

Afrique australe · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 1 document dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2022	**Tableau de bord des politiques**	12 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Non
Ligne budgétaire dédiée SSR	Oui	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Oui
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Inclusion partielle
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

1 document dans la bibliothèque; rapport(s) de revue nationale disponible. Périodes couvertes: 2015–2017. Type de source: MDSR.

Causes majeures enregistrées (2015–2017): hémorragie obstétricale; troubles hypertensifs; septicémie puerpérale.

Suit les progrès par rapport aux recommandations précédentes: Pas attesté dans les rapports examinés.

Note analytique: Le rapport applique explicitement le modèle des trois délais comme cadre analytique. L'hémorragie obstétricale est la cause principale. État du projet — l'analyse des lacunes indique la Zambie comme “brouillon uniquement”.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 37 % (modéré).

Zimbabwe

Afrique australe · Inclus dans l'évaluation continentale 2026 · 7 documents dans la bibliothèque des examens de décès



Politique, coordination et financement (évaluation continentale 2026)

Politique ou stratégie SSR	Oui	**Stratégie SSR autonome**	Oui
Année d'adoption	2026	**Tableau de bord des politiques**	11 sur 13
Mécanisme de coordination	Oui	**Plan opérationnel coûté**	Oui
Ligne budgétaire dédiée SSR	Oui	**Augmentation intérieure (3 ans)**	Non
Financement externe des SSR	Oui	**SSR dans les SIS nationaux**	Oui
Données entièrement désagrégées	Oui	**SSR dans le package UHC**	Inclusion globale
Loi sur l'avortement	Légal dans des conditions spécifiques	**Législation sur la VG**	Droit général

Revue des décès maternels et périnataux

7 documents à la bibliothèque; rapport(s) de revue nationale(s) disponibles. Périodes couvertes: 2024. Type de source: MPDSR.

Principales causes enregistrées (2024): hémorragie 33 %; hypertendue 21 %.

Causes néonatales ou périnatales: asphyxie à la naissance 51 %; prématurité 24 %; autres 18 %; septicémie néonatale.

Suit les progrès par rapport aux recommandations précédentes: Pas attesté dans les rapports examinés.

Note analytique: Taux de RRO institutionnel de 37 pour 100 000 naissances vivantes en 2024. Retard dans le transfert des clients au niveau de soins supérieur attribué au manque d'ambulances et de carburant — une constatation explicite de second retard/logistique.

Données de prestation de services, 2021–2025

Complétude du jeu de données de prestation de services demandé: 0 % (aucun).

Annexe 2. Exemples de pays: ce qui a déjà fonctionné en Afrique

Cette annexe présente des interventions fondées sur des preuves provenant des États membres de l'Union africaine, organisées par les éléments de construction du système de santé de l'OMS. Elle a été préparée à partir de l'évaluation continentale et des deux ateliers régionaux de validation des politiques tenus à Nairobi, du 8 au 10 juillet 2026 et à Cotonou, du 29 au 31 juillet 2026, et est reproduite ici avec sa propre liste de références. Les citations de cette annexe sont précédées de “A2.” et font référence à la liste de références à la fin de l'annexe, et non à la liste principale.

Messages clés

L'Afrique génère ses propres solutions, à grande échelle, avec des résultats mesurables. Chaque exemple de cette section est conçu par des Africains, dirigé par le gouvernement et démontré — plusieurs d'entre eux par des évaluations d'impact évaluées par des pairs.

Les gains documentés les plus rapides suivent la même séquence: la direction politique transforme les preuves en budgets; les services sont mis physiquement et financièrement à portée de main; et les résultats sont audités sans relâche.

La réduction de 80 % de la mortalité maternelle en Tanzanie en sept ans montre que la trajectoire des ODD peut être reprise en un seul cycle politique.

Ces exemples sont transférables — l'adaptation est déjà en cours à travers le continent — et leur mise à l'échelle relève avant tout de financement et d'engagement politique, pas de découverte.

A2.1 Objectif et approche

L'évaluation continentale des politiques, cadres juridiques, financements et services de santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescent (SRMNCAH) — réalisée par les 55 États membres de l'Union africaine et validée par les États membres lors des ateliers régionaux de validation des politiques de Nairobi et Cotonou en juillet 2026 [A2.3] — a identifié un ensemble constant d'obstacles derrière le fardeau de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique: financement insuffisant et fragmenté, pénurie de main-d'œuvre et mauvaise distribution, retards dans l'accès aux soins obstétricaux d'urgence, ruptures de stocks de matières premières, systèmes de données faibles et lacunes en matière de gouvernance, de loi et d'engagement communautaire.

Cette section répond à la question qui importe le plus aux décideurs: qu'est-ce qui a déjà fonctionné, en Afrique, contre chacune de ces barrières? Elle présente des exemples paysagers organisés selon les six éléments du cadre des systèmes de santé de l'OMS — la prestation des services; la main-d'œuvre en santé; les systèmes d'information en santé; l'accès aux médicaments et technologies essentiels; le financement; et le leadership et la gouvernance [A2.1]. Les éléments de base fournissent un langage commun entre les ministères de la santé et les ministères des finances et de la planification, et rendent visible une conclusion centrale de l'évaluation: aucune intervention unique ne réussit seule, et les résultats nationaux les plus forts combinent l'action sur plusieurs blocs simultanément.

Seuil d'inclusion. Seuls les exemples présentant des preuves documentées d'impact sont inclus — évaluations d'impact évaluées par des pairs, données d'enquêtes nationales, ou résultats de programmes vérifiés validés par l'État membre concerné lors de l'atelier de Nairobi ou de Cotonou. Chaque exemple porte une note de solidité des preuves. Des

interventions prometteuses sans preuves issues à ce jour (parmi lesquelles la planification familiale du secteur privé en Somalie, le projet pilote de transport communautaire du Zimbabwe, le recrutement accéléré de masse en Namibie et les outils numériques de la main-d'œuvre du Kenya) sont documentées dans les dossiers de l'atelier et l'investissement en évaluation du mérite, mais ne sont pas présentées ici comme prouvées.

Les États membres de l'Union africaine représentent encore environ 69 % des décès maternels mondiaux et près de la moitié des décès de nouveau-nés [A2.2]. Les exemples qui suivent sont la preuve la plus solide disponible que ce fardeau n'est pas fixe: là où les gouvernements africains ont été en tête avec des preuves, un financement et une responsabilité, la mortalité a diminué — dans un cas de 80 % en sept ans [A2.4, A2.5].

A2.2 Aperçu des exemples types

Bloc de construction	Pays	Intervention	Résultat principal
Financement	Éthiopie	Compact multi-donateurs de planification familiale (2023)	Le financement national de la PF a augmenté ~19 fois pour atteindre 9,47 millions de dollars US lors de la deuxième année; pas de grandes sorties nationales
Financement	Rwanda	Mutuelles de Santé CBHI et financement basé sur la performance	~91 % assurés; dépenses catastrophiques réduites; prestations institutionnelles +23 % sous le PBF
Personnel de santé	Ouganda	Double des salaires ruraux en 2012 ainsi que le financement axé sur les résultats chez HC IV	Normes de personnel 56 %→85 %; RBF a été étendu à 1 300+ installations et intégré en courant
Personnel de santé	Eswatini	Intégration des motivations à programme unique dans un seul cadre ASC	Amélioration du contact avec l'ANC, contraception chez l'adolescent, PMTCT et VBG
Prestation de services	Tanzanie	Transport d'urgence m-mama dans le cadre de l'expansion nationale de SONU	Taux national de RRO 556→104 pour 100 000 (2015/16–2022); 38 % de décès maternels en moins dans les régions évaluées
Prestation de services	Eswatini	Troisième paquet de report: audits décentralisés, attente des domiciles, engagement des gardiens	Accoucheurs qualifiés 84 %→92 %; les décès maternels dans les établissements ont été à peu près divisés de moitié
Prestation de services	Éthiopie	Smart Start pour adolescents SSR, développé par le gouvernement via RISE	Grossesse adolescente rurale ~13 %→~5 %; 356 600+ filles mariées ont adopté la contraception
Produits médicaux	Rwanda	Livraison de sang et de denrées par drone au dernier kilomètre	Les délais de livraison sont réduits d'heures à quelques minutes; la péremption du sang réduite de ~7 unités par établissement et par mois
Produits médicaux	Éthiopie	Approvisionnement et approvisionnement sécurisés par les compacts	Disponibilité à travers les méthodes; 100 % de stock central d'entrepôt maintenu
Informations sur la santé	Nigeria (Kano)	Registre de colonie vérifié par Geo ST4R pour la planification RMNCAH	5 600+ établissements vérifiés; 500+ établissements invisibles trouvés et reliés aux installations

Bloc de construction	Pays	Intervention	Résultat principal
Leadership et gouvernance	Somalie	Un Seul Plan, Un Budget, Un Entretien Personnel; Groupe de travail dirigé par le Premier Ministre; Expansion des sages-femmes	RRM ~1 044 (2015) à ~563 pour 100 000; écoles de sages-femmes dans six des sept États
Leadership et gouvernance	Madagascar	Comité permanent multisectoriel de PF (état, confessionnel, traditionnel, OSC)	A répondu au besoin de PF 64,5 % → 69,8 %; prévalence contraceptive 41 % → 49,5 %
Leadership et gouvernance	Malawi	Loi sur le mariage de 2015 et amendement constitutionnel de 2017 (18 ans)	Faille juridique pour le mariage des enfants fermée; adoption quasi unanime

Tableau A2.1 Exemples par pays par bloc de construction du système de santé.

A2.3 Financement

Constat de l'évaluation: le manque de financement était la principale barrière pour la plupart des États membres, aggravée par une baisse de ~70 % de l'aide sanitaire externe depuis 2021 et des dépenses personnelles d'environ 35 % des dépenses de santé — la plus grande barrière financière entre une femme et les soins [A2.3].

Éthiopie — Pacte multi-donateurs de planification familiale (2023)

La barrière. Forte dépendance au financement des donateurs pour les produits de planification familiale, un fossé croissant entre la demande croissante et la baisse du financement des donateurs, ainsi que des ruptures fréquentes menaçant la continuité des services.

L'intervention. Un pacte national de trois ans réunissant le ministère de la Santé, le ministère des Finances, le Service éthiopien d'approvisionnement pharmaceutique et les partenaires de développement (y compris le FNUA et les fondations privées), avec un cofinancement national progressive sous gouvernance conjointe, un suivi transparent et des achats coordonnés [A2.11]. Le pacte est ancré dans le Plan de mise en œuvre chiffré pour la planification familiale de l'Éthiopie 2023-2030 [A2.12].

Preuves de l'impact. Le financement gouvernemental de la planification familiale a été multiplié par environ dix-neuf — passant d'environ 0,5 million de dollars US par an à 9,47 millions de dollars US en la deuxième année — dans un total d'environ 30 millions de dollars US mobilisés en 2023-24 (gouvernement 12,41 millions de dollars US; partenaires 17,35 millions de dollars US). Le stock national d'entrepôts a été maintenu à 100 %, sans stocks majeurs de planification familiale, et la disponibilité a augmenté selon les méthodes: injectables de 89,6 % à 92,3 %, contraception d'urgence de 71,9 % à 83,8 %, implants de 88,1 % à 89,2 % et préservatifs masculins de 83,4 % à 85,4 % [A2,3]. L'Éthiopie étend désormais le compact aux produits RMNCAH plus larges, visant la propriété nationale complète d'ici 2030.

Solidité des preuves: résultats de programmes vérifiés validés par l'État membre [A2.3]; conception compacte et financement documentés par l'UNFPA et le Ministère fédéral de la Santé [A2.11, A2.12].

Rwanda — Assurance santé communautaire et financement basé sur la performance

La barrière. Paiement à la charge, excluant les femmes les plus pauvres de la grossesse, de l'accouchement et des soins d'urgence; des incitations faibles aux prestataires pour la couverture et la qualité.

L'intervention. Mutuelles de Santé: assurance santé communautaire — petites primes familiales complétées par le gouvernement et les donateurs, couvrant les soins de grossesse, l'accouchement, la planification familiale et le transport d'urgence — a été pilotée en 1999 et obligatoire à l'échelle nationale à partir de 2008, avec des exonérations de primes pour les plus pauvres. Complétée par un financement national basé sur la performance qui paie les prestataires selon les résultats et la qualité vérifiés.

Preuves de l'impact. Le Rwanda a obtenu l'une des couvertures d'assurance santé les plus élevées d'Afrique (~91 % de la population assurée); une évaluation rigoureuse des huit premières années du programme a révélé une augmentation substantielle de l'utilisation des services et une réduction des dépenses catastrophiques de santé chez les inscrits [A2.9]. Le système de financement basé sur la performance, évalué selon un plan randomisé, a augmenté les accouchements institutionnels de 23 % et amélioré la qualité des soins prénataux [A2.8]. L'utilisation de contraceptifs est passée de 4 % à 45 % en moins d'une décennie après ces réformes combinées [A2.3].

Solidité des preuves: Évaluations d'impact évaluées par des pairs (The Lancet; PLOS ONE) [A2.8, A2.9]; les tendances en matière de couverture et de contraception à partir de données nationales validées lors de l'atelier [A2.3].

A2.4 Personnel de santé

Résultat de l'évaluation: les contraintes de main-d'œuvre se classaient en deuxième position dans pratiquement tous les États membres — causées par de faibles salaires, une mauvaise répartition rurale-urbaine, une attrition au profit d'employeurs mieux financés et des installations sous-équipées qui freinent les carrières [A2.3].

Ouganda — Réforme des salaires ruraux ainsi qu'un financement basé sur les résultats au Centre de santé IV

La barrière. Les perfusions des centres de santé — les centres de sous-district chargés de fournir des interventions chirurgicales d'urgence et des soins obstétricaux complets pour des secteurs de recrutement de ~100 000 personnes — se sont retrouvées sans médecins: la fonctionnalité des blocs opératoires et des transfusions sanguines était inférieure à 50 %, causée par des salaires peu compétitifs et des environnements de travail inutilisables.

L'intervention. Une réforme en deux étapes. En septembre 2012, à la suite d'une campagne nationale de la société civile contre les décès maternels évitables, le gouvernement a doublé les salaires des médecins au niveau HC IV (de ~1,2 million UGX à 2,5 millions UGX par mois, soutenus par une allocation de 49,5 milliards UGX). Lorsque les salaires seuls se sont avérés insuffisants — les théâtres manquaient encore de fournitures et de services publics — l'Ouganda a mis en place un financement basé sur les résultats: les établissements gagnent grâce aux accouchements et vaccinations vérifiés, dépensent de manière flexible sur les goulets d'étranglement locaux, et sont audités qualité par les équipes d'amélioration de la qualité des districts, les fonds étant directement versés aux établissements [A2.3].

Preuves de l'impact. Les normes de personnel dans les établissements ciblés sont passées de 56 % à 85 %, concentrées dans les zones rurales [A2.3]. Dans le cadre du programme URMCHIP soutenu par la Banque mondiale, le financement basé sur les résultats a été

étendu à plus de 1 300 établissements entre 2016 et 2022 et a été intégré au système fiscal national, avec un examen indépendant documentant une meilleure disponibilité et un meilleur accès aux services prioritaires de santé maternelle et infantile [A2.13].

Solidité des preuves: résultats vérifiés du programme validés par l'État membre [A2.3]; l'échelle nationale et les effets sur le service documentés dans la revue de la mise en œuvre de la Banque mondiale [A2.13].

Eswatini — Un cadre d'agent de santé communautaire

La barrière. Des cadres communautaires fragmentés, à programme unique (VIH, paludisme, RMNCAH, "motivateurs de santé rurale") qui dupliquent leurs efforts tout en laissant des lacunes dans le service, sans parcours de carrière structuré.

L'intervention. L'intégration de tous les motivateurs d'un seul programme dans un seul corps d'agents de santé communautaires formés à l'ensemble du portefeuille RMNCAH, dans le cadre d'un schéma structuré de services: compétences définies, critères de recrutement (âge d'entrée abaissé de 40 à 20 ans) et un délai de retraite imposé de 60 ans.

Preuves de l'impact. Améliorations rapportées par les États membres dans tous les services fournis par le cadre unifié: premiers contacts avec les soins prénataux, adoption de contraceptifs chez les adolescents, gestion du VIH incluant la PRT communautaire, adoption de la PrEP, PMTCT, et signalement de la violence basée sur le genre et la violence contre les enfants [A2.3].

Solidité des preuves: Données de programme rapportées et validées par l'État membre [A2.3]; une évaluation formelle renforcerait l'argument en faveur de la réplication régionale.

A2.5 Prestation de services

Constatation de l'évaluation: les retards dans l'accès aux soins obstétricaux d'urgence sont apparus comme un obstacle transversal dans toute la région — longues distances vers la capacité SONU-C, systèmes de transport et d'orientation faibles, et, pour les adolescents, des services non conçus pour eux [A2.3].

Tanzanie — m-mama Transport d'urgence dans le cadre d'une expansion nationale de SONU

La barrière. Retards critiques dans l'accès aux soins de référence: la cartographie a montré de grandes populations situées à plus de cinq kilomètres d'un établissement — le seuil au-delà duquel les femmes cherchent des alternatives à l'accouchement en établissement — avec trop peu d'établissements offrant des soins obstétricaux d'urgence.

L'intervention. Une séquence nationale délibérée: témoignages présentés au chef de l'État; une augmentation budgétaire soutenue; l'expansion des soins primaires afin que les dispensaires effectuent des accouchements et que les centres de santé assurent des césariennes; et le système de transport d'urgence m-mama — une ligne de répartition gratuite 24h/24 et 7j/7 avec un triage guidé par le ministère de la Santé et une flotte hybride combinant ambulances gouvernementales avec 4 200+ conducteurs communautaires sous contrat sur des itinéraires cartographiés numériquement. Piloté à Shinyanga (2013) en partenariat public-privé (gouvernement de Tanzanie avec la Fondation Vodafone, USAID, Pathfinder International et Touch Health), m-mama couvre désormais tout le pays pour un coût annuel gouvernemental inférieur à 2 millions de dollars US, fournissant environ 54 000 transports d'urgence par an [A2.6, A2.7].

Preuves de l'impact. Le ratio de mortalité maternelle en Tanzanie est passé de 556 à 104 pour 100 000 naissances vivantes entre 2015/16 et 2022 — soit une réduction d'environ 80 % en sept ans — avec une augmentation de l'accouchement institutionnel alors que 80 % de la population se trouvait à moins de cinq kilomètres d'un établissement [A2,4, A2,5]. Les évaluations du programme m-mama documentent une réduction de 38 % des décès maternels et de 40 % des décès néonatals dans les régions évaluées, avec plus de 190 000 mères et nouveau-nés transportés et des coûts par trajet environ deux tiers inférieurs pour les conducteurs communautaires par rapport aux ambulances conventionnelles [A2,3, A2,6, A2,7]. L'adaptation est en cours au Malawi et au Lesotho, avec la Somalie et le Kenya manifestant de l'intérêt [A2.3].

Solidité des preuves: données d'enquête nationale (TDHS-MIS 2022) [A2.4]; évaluations de programmes et analyses pilotes publiées [A2.6, A2.7]; rapports de programme validés par ateliers [A2.3].

Eswatini — Un "Troisième Délai" pour une assistance qualifiée à l'accouchement

La barrière. La mortalité maternelle de la population parmi les taux plus élevés de la région, avec un contrôle culturel (le mari ou la belle-mère décidant quand une femme peut se faire soigner), les distances et les écarts de qualité dans les établissements.

L'intervention. Un ensemble combiné: audits de décès maternels décentralisés du niveau national vers les établissements et la communauté avec un préavis 24 heures sur 24; les directives de SONU et le mentorat sur site ciblant les établissements à forte mortalité; rénovation des maisons d'attente pour maternités issues de zones difficiles d'accès; engagement structuré des gardiens traditionnels; et décentralisation des diagnostics (y compris l'échographie) au niveau clinique.

Preuves d'impact. La fréquentation qualifiée de l'accouchement est passée d'environ 84 % (2014) à environ 92 %, avec un accouchement en établissement au-dessus de 90 %; les décès maternels enregistrés en établissement ont été à peu près divisés de moitié (de ~190 à ~90) [A2.3].

Solidité des preuves: Données nationales et d'installations rapportées et validées par l'État membre [A2.3].

Éthiopie — Smart Start: services contraceptifs centrés sur l'adolescent à grande échelle

La barrière. Grossesses adolescentes rurales persistantes; filles adolescentes — en particulier les filles rurales mariées — non atteintes par les services de planification familiale conventionnels.

L'intervention. Smart Start relie le conseil en planification financière au choix contraceptif pour les adolescentes mariées, mis en place via le Programme gouvernemental de Prolongation de la Santé au niveau des postes de santé. Développé dans le cadre de l'initiative Adolescents 360, il a été adopté par le ministère fédéral de la Santé et institutionnalisé et étendu à l'échelle nationale via le programme RISE (Feuille de route pour l'intégration du Smart Start en Éthiopie), avec une adaptation urbaine désormais lancée [A2.14]. Elle est renforcée par une feuille de route pour la réduction de la grossesse chez les adolescentes en quatre ministères (Éducation; Femmes et Affaires sociales; Justice; Planification) qui attribue à chaque secteur des responsabilités explicites et une responsabilité [A2.3].

Preuves d'impact. Plus de 356 600 adolescentes mariées ont volontairement adopté une méthode contraceptive de leur choix [A2.14]. La grossesse adolescente rurale est passée d'environ 13 % à 5 % dans les zones d'intervention, et les résultats préliminaires de l'enquête nationale 2024/25 indiquent que la grossesse chez les adolescentes a diminué à environ 10 % au niveau national, avec les baisses les plus marquées dans les zones rurales où le programme était le plus fort [A2,3, A2,15].

Solidité des preuves: Suivi des programmes à l'échelle nationale [A2.14]; enquête nationale (EDHS 2024/25, prépublication) [A2.15]; validée par l'État membre lors de l'atelier [A2.3].

A2.6 Accès aux médicaments et technologies essentiels

Résultat de l'évaluation: les ruptures de stocks de matières premières figuraient parmi les cinq principales barrières dans la plupart des États membres, sur un continent qui importe environ 80 % de ses produits de santé [A2.3].

Rwanda — Livraison aérienne de sang et de denrées salvatrices sur le dernier kilomètre

La barrière. L'hémorragie post-partum — la principale cause de décès maternel — nécessite du sang en quelques minutes; la livraison par route dans des établissements isolés a pris des heures et a entraîné à la fois des stocks épuisés et le gaspillage de produits à courte durée de vie.

L'intervention. Depuis 2016, le gouvernement a mandaté la livraison autonome par drone (Tyrolienne) de produits sanguins, vaccins, médicaments et contraceptifs vers des installations difficiles d'accès à l'échelle nationale, intégrées à des entrepôts centraux et aux systèmes nationaux d'approvisionnement dans le cadre de l'agenda Smart Rwanda.

Preuves d'impact. Une analyse chronologique évaluée par des pairs a révélé que la livraison par drone a significativement réduit les délais de livraison de produits sanguins (livraisons d'urgence dans l'heure, contre jusqu'à quatre heures par route — dans certains cas documentés de quatre heures à quinze minutes) et a réduit les expirations d'unités sanguines d'environ sept unités par établissement et par mois [A2.10]. Environ les trois quarts du sang délivré hors de Kigali sont désormais transportés par drone.

Solidité des preuves: Évaluation évaluée par des pairs (The Lancet Global Health) [A2.10].

Éthiopie — Disponibilité des matières premières sécurisées par le Compact

La barrière. Des défaillances fréquentes de planification familiale causées par un financement imprévisible et des achats fragmentés.

L'intervention. Le pacte de financement décrit à la Section 4, dont la machinerie du côté de l'offre — approvisionnement coordonné, surveillance transparente et gouvernance conjointe avec le Service éthiopien d'approvisionnement pharmaceutique — fonctionne comme un instrument de sécurité des matières premières.

Preuves d'impact. 100 % de stock national d'entrepôt maintenu sans rupture majeure de stock en planification familiale, et gains de disponibilité dans toutes les principales méthodes (Section 4) [A2.3, A2.11].

Solidité des preuves: Résultats vérifiés du programme validés par l'État membre [A2.3, A2.11].

A2.7 Systèmes d'information sanitaire

Constatation de l'évaluation: les systèmes de données limités figuraient parmi les principaux obstacles, et l'évaluation continentale elle-même a constaté que les données de prestation de services constituent la couche la plus faible du rapport par pays — une constatation en soi. Des dénominateurs fiables et des données routinières sous-tendent chaque feuille de score, estimation de couverture et instrument de responsabilité [A2.3].

Nigeria (État de Kano): Geo ST4R: rendre visibles les communautés invisibles

La barrière. Les systèmes de planification de la RMNCAH supposaient que chaque établissement était sur la carte. En pratique, des centaines ne l'étaient pas, sans affectation à aucun établissement, absents des micro-plans de sensibilisation, non comptés en dénominateurs, et donc inaccessibles par les soins prénataux et la vaccination.

L'intervention. Geo ST4R, un système d'aide à la décision géospatiale construit avec et détenu par le gouvernement: un registre maître de colonie vérifié avec géolocalisation précise; un lien formel de chaque colonie avec une installation responsable; un tableau de bord d'aide à la décision pour la micro-planification de la vaccination, la planification ANC et le ciblage nutritionnel; et un chatbot de première ligne permettant aux professionnels de santé d'interroger leur propre bassin de secteur [A2.17].

Preuves d'impact. Dans l'État de Kano, plus de 5 600 établissements ont été vérifiés et plus de 500 établissements précédemment non capturés identifiés — des communautés existantes invisibles au système de santé. Les zones de recrutement ont été corrigées, les installations réaffectées, et les plans de vaccination et de sensibilisation de l'ANC révisés; le système est en transition vers la propriété et la gestion de l'État [A2.17]. Des données de règlement vérifiées de ce type renforcent directement le rapport sur le tableau de bord de CARMMA Plus et la crédibilité des cas de financement national.

Solidité des preuves: résultats du programme vérifiés au niveau de l'État [A2.17]; évaluation au niveau des résultats (changement de couverture) recommandée à mesure que le système évolue.

A2.8 Leadership et gouvernance

Constat de l'évaluation: coordination faible, lois et politiques inadéquates, barrières culturelles et religieuses et un engagement politique inégal traversent tous les autres éléments fondamentaux. La leçon la plus claire de l'atelier: la volonté politique est le mécanisme de conversion qui transforme les preuves en budgets [A2.3].

La Somalie — Gouverner un redressement dans un contexte fragile

La barrière. Un système de santé reconstruit après l'effondrement, avec des flux de financement partenaires parallèles et non coordonnés, de graves pénuries de main-d'œuvre et parmi les plus fortes mortalités maternelles au monde.

L'intervention. Gestion gouvernementale délibérée: une stratégie nationale de la RMNCAH avec SSR pleinement intégrée; le Premier ministre présidant personnellement le groupe de travail sur la vaccination; expansion de la formation à la sage-femme afin que six des sept États exploitent désormais des écoles de sage-femme; expansion des soins obstétricaux d'urgence de base et complets avec une attention explicite aux zones difficiles d'accès; et, à partir de 2025, un plan national unique, un cadre budgétaire et de suivi (un plan, un budget,

un M&E) avec cartographie des partenaires et des ressources communes pour mettre fin aux doublons [A2.3].

Preuves d'impact. La mortalité maternelle est passée d'environ 1044 pour 100 000 naissances vivantes (2015) à environ 563 — une quasi-moitié en une décennie, atteinte lors d'une fragilité prolongée [A2.3].

Solidité des preuves: estimations nationales rapportées et validées par l'État membre [A2.3]; triangulation avec les estimations inter-agences de l'ONU recommandées pour le rapport final [A2.2].

Madagascar — Un pacte multisectoriel permanent avec la foi et les autorités traditionnelles

La barrière. La résistance culturelle et religieuse limitant l'adoption de la planification familiale, et la gouvernance fragmentée de l'agenda de la PF à travers les secteurs.

L'intervention. Un comité national multisectoriel permanent de planification familiale réunissant les autorités politico-administratives, religieuses et traditionnelles à la société civile, coordonnant les politiques et le financement à travers des plans d'action nationaux à coûts successifs (2016--2020, 2021--2025, 2022--2026), avec des objectifs nationaux (60 % de prévalence des contraceptifs modernes, 8 % de besoins non satisfaits d'ici 2030) fournissant un cadre de responsabilité à long terme [A2.3].

Preuves de l'impact. Le besoin satisfait de la planification familiale est passé de 64,5 % à 69,8 %, la prévalence des contraceptifs modernes de 41 % à 49,5 %, et les naissances suivies par du personnel qualifié de 85 % à 86,6 % (données de l'enquête nationale), ainsi que l'augmentation des allocations budgétaires annuelles pour les produits de PF [A2.3].

Solidité des preuves: données nationales d'enquête et de budget rapportées et validées par l'État membre [A2.3].

Malawi — Fermer la loi: mettre fin au mariage des enfants

La barrière. Le mariage des enfants qui favorise la grossesse adolescente et ses conséquences sur la mortalité, la loi elle-même étant la barrière: les enfants pouvaient se marier à 15 ans avec le consentement des parents.

L'intervention. La loi de 2015 sur le mariage, le divorce et les relations familiales a fixé l'âge du mariage à 18 ans; un amendement constitutionnel de 2017 a fermé la faille du consentement parental. La réforme a été portée par de jeunes militants, des organisations de femmes et des partenaires de l'ONU, et a été approuvée de manière décisive par les chefs traditionnels, adoptant le Parlement à l'unanimité [A2.3, A2.16].

Preuves de l'impact. Un cadre juridique contraignant protège désormais à la fois les filles et les garçons du mariage avant 18 ans à l'échelle nationale — un impact préalable sur le parcours de la grossesse adolescente que les services seuls ne peuvent offrir. L'engagement soutenu des leaders religieux et communautaires, associé à un véritable accès aux services, est la leçon documentée pour la reproduction [A2.3, A2.16].

Solidité des preuves: Réforme juridique documentée publiquement [A2.16] et validée par l'État membre [A2.3]; l'impact démographique à long terme doit être suivi à travers les cycles successifs du DHS.

A2.9 Leçons tirées de ces exemples pour le continent

Lus ensemble sur les six blocs de construction, les exemples convergent vers cinq leçons transférables.

- Le leadership politique est le multiplicateur. La présidence de la Tanzanie, la réponse de l'Ouganda à une campagne de la société civile, le Premier ministre somalien et le Parlement du Malawi ont chacun transformé les preuves en budgets et en loi. Aucun exemple dans cette section n'a été mis à l'échelle sans cela.
- Supprimer les deux obstacles pour atteindre la distance et l'argent. La plus grande mortalité réduit l'accès physique associé (extension des installations, transport d'urgence, domiciles d'attente) avec la protection financière (assurance, protection des frais, accords de financement).
- Payer pour les résultats, pas seulement pour les intrants. Le Rwanda et l'Ouganda montrent (avec respectivement des preuves évaluées par des pairs et des programmes) que les fonds liés aux résultats et à la qualité vérifiés, dépensés de manière flexible au niveau des installations, ouvrent des performances que les salaires seuls ne peuvent pas.
- Comptez tout, auditez tout. Les audits de décès décentralisés 24 heures sur 24 (Eswatini), les dénominateurs vérifiés (Kano) et le financement à résultats vérifiés (Ouganda, Rwanda) partagent une discipline: aucun résultat sans chiffre, et aucun chiffre sans suivi.
- Concevoir avec, pas pour. Des leaders religieux à Madagascar et au Rwanda, des gardiens traditionnels en Eswatini, des chefs au Malawi, des conducteurs communautaires en Tanzanie et des adolescentes en Éthiopie ont été engagés comme copropriétaires — la différence constante entre les pilotes et les programmes nationaux.

Le message continental de l'Assemblée générale des Nations Unies est direct: l'Afrique ne manque pas de solutions; elle les a produites, testées et étendues. Ce que l'agenda des Trois Zéros exige désormais, c'est le financement et l'engagement politique pour porter ces modèles éprouvés à travers les 55 États membres, ainsi que les systèmes de responsabilité pour vérifier, pays par pays, qu'ils sont mis en œuvre.

A2. Références pour cette annexe

A2.1 Organisation mondiale de la santé. L'affaire de tout le monde: renforcer les systèmes de santé pour améliorer les résultats sanitaires — Cadre d'action de l'OMS. Genève: OMS; 2007.

A2.2 OMS, UNICEF, UNFPA, Groupe de la Banque mondiale et UNDESA/Division de la population. Tendances de la mortalité maternelle 2000-2023: Estimations de l'OMS, de l'UNICEF, du FNUPA, du Groupe de la Banque mondiale et de la Division de la population de la UNDESA. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2025.

A2.3 Centres africains de contrôle et de prévention des maladies. Évaluation continentale des politiques, cadres juridiques, financement et prestation de services en matière de SSRR — soumissions des États membres (toutes 55) et exemples de pays tels que présentés et validés lors de l'atelier régional de validation des politiques pour les régions de l'Afrique de l'Est et du Sud, Nairobi, 8-10 juillet 2026.

A2.4 Ministère de la Santé (Tanzanie continentale), Ministère de la Santé (Zanzibar), Bureau national des statistiques, Bureau du Statisticien en chef du gouvernement et ICF. Enquête démographique et sanitaire de Tanzanie et Enquête sur les indicateurs du paludisme (TDHS-MIS) 2022: Rapport final. Dodoma et Rockville, Maryland; 2023.

A2.5 Africa CDC. Le succès de la Tanzanie à réduire la mortalité maternelle ouvre un modèle pour l'Afrique. Addis-Abeba: Africa CDC; 2024. Disponible à: africacdc.org.

A2.6 Fondation Vodafone. Rapport du programme M-MAMA: “M-MAMA réduit le taux régional de mortalité maternelle” et “Le 150 000e transport d'urgence m-MAMA a lieu en Tanzanie”. Disponible à: foundation.vodafone.com.

A2.7 Vers un système de transport d'urgence durable pour les maternes et les nouveau-nés: leçons du programme pilote innovant m-mama à Shinyanga, Tanzanie. PLOS Santé publique mondiale / PMC10284377; 2023.

A2.8 Basinga P, Gertler PJ, Binagwaho A, Soucat ALB, Sturdy J, Vermeersch CMJ. Effet sur les services de santé maternelle et infantile au Rwanda du paiement aux prestataires de soins primaires pour la performance: une évaluation d'impact. The Lancet. 2011; 377(9775):1421--1428.

A2.9 Lu C, Chin B, Lewandowski JL, Basinga P, Hirschhorn LR, Hill K, Murray M, Binagwaho A. Vers la couverture santé universelle: une évaluation des mutuelles du Rwanda dans ses huit premières années. PLOS ONE. 2012; 7(6): e39282.

A2.10 Nisingizwe MP, Ndishimye P, Swaibu K, et al. Effet de la livraison par véhicule aérien sans pilote (drone) sur le temps de livraison et le gaspillage de produits sanguins au Rwanda: une étude rétrospective, transversale et analyse de séries temporelles. The Lancet Global Health. 2022; 10(4): e564--e569.

A2.11 UNFPA Éthiopie. Le FNUA et le gouvernement éthiopien lancent un Pacte pays sur le cofinancement de l'approvisionnement en produits de santé reproductive. Addis-Abeba: UNFPA; 2023.

A2.12 Ministère fédéral de la Santé, Éthiopie. Plan de mise en œuvre des coûts de planification familiale (PF-CIP) 2023-2030. Addis-Abeba; 2023.

A2.13 Banque mondiale. Projet d'amélioration des services de santé reproductive, maternelle et infantile en Ouganda (URMCHIP) — Rapport d'achèvement de mise en œuvre et de résultats (ICR00006386). Washington, DC: Banque mondiale; 2024.

A2.14 Services de population International / Adolescents 360. Smart Start Ethiopia et l'échelle RISE (Feuille de route pour intégrer Smart Start en Éthiopie): preuves du programme. Disponible à: psi.org; a360learninghub.org; 2024.

A2.15 Institut éthiopien de santé publique et ministère fédéral de la Santé. Enquête démographique et sanitaire sur l'Éthiopie 2024/25 — résultats préliminaires (prépublication), présentés lors de l'atelier régional de validation des politiques de Nairobi, juillet 2026.

A2.16 Gouvernement du Malawi. Loi sur le mariage, le divorce et les relations familiales (2015); Loi sur la constitution (amendement) (2017). Voir aussi Girls Not Brides et Human Rights Watch sur l'amendement constitutionnel du Malawi mettant fin au mariage des enfants, 2017.

A2.17 Pathfinder International. Système d'aide à la décision géospatiale Geo ST4R — résultats de la vérification des établissements de l'État de Kano (Nigeria), présentés lors de l'atelier régional de validation des politiques de Nairobi, juillet 2026.

A2.18 UNFPA. Commencez avec elle: rapport d'impact du Fonds de santé maternelle et néonatale de l'UNFPA, tel que présenté lors de l'atelier régional de validation des politiques de Nairobi, juillet 2026.

AfricaCDC
Centres for Disease Control and Prevention

An entity of the African Union

Centres africains de contrôle et de prévention des maladies,
Siège du CDC Afrique, Ring Road, 16/17,
Place Haile Garment Lafto,
Sous-ville de Nifas Silk-Lafto,
P.O Box 200050 Addis-Abeba

Protection de la Santé de l'Afrique

www.africacdc.org
africacdc