iAHO
Observatoire africain intégré de la santé

Organisation mondiale de la Santé
Région africaine

Fiche de synthèse analytique
Mars 2023

Équipe RMH

Mortalité maternelle : L'urgence d'une approche systémique et multisectorielle pour réduire la mortalité maternelle en Afrique

Justification

La mortalité maternelle demeure un problème majeur qui touche les femmes en âge de procréer dans la Région africaine. Malgré sa baisse à l'échelle mondiale à 34,2 % entre 2000 et 2020, le taux de mortalité maternelle (TMM) demeure une catastrophe dans la Région africaine. En effet, pus de deux tiers (69 %) des décès maternels dans le monde se produisent dans cette Région, cela constitue un signal d'alarme pour l'OMS et d'autres acteurs clés qui doivent ainsi concentrer leurs actions sur la réduction du taux de mortalité maternelle à 70 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2030.

Principaux points à retenir

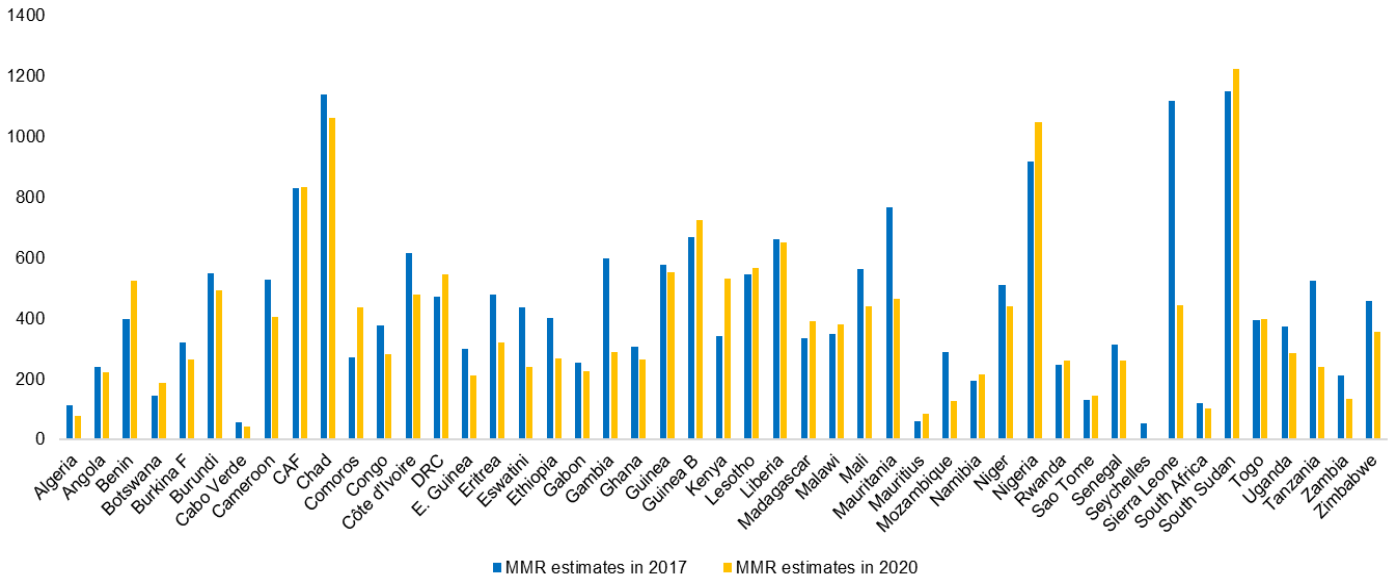
- À l'échelle mondiale, une femme meurt de causes liées à la grossesse toutes les deux minutes ; la plupart de ces décès sont évitables si des **soins appropriés** sont administrés au **bon moment.**
- En 2020, le taux de mortalité maternelle dans la Région africaine était de 531 décès pour 100 000 naissances vivantes.
- En 2020, 69 % des décès maternels survenus dans le monde étaient enregistrés dans la Région africaine.
- Les complications majeures, qui représentent près de 75 % des décès maternels, sont les hémorragies graves, les infections, l'hypertension artérielle pendant la grossesse (pré-éclampsie et éclampsie), les complications pendant l'accouchement et les avortements à risque.
- Le taux de mortalité maternelle doit être réduit d'au moins 20,3 % chaque année à partir de 2020, pour atteindre la cible des ODD d'ici 2030.
- Par rapport à 2017, le taux de mortalité maternelle a augmenté dans 17 pays et diminué dans 30 autres en 2020.

1. Situation de la mortalité maternelle

On entend par décès maternel le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après un avortement, quels qu'en soient la durée et le lieu, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou par les soins qu'elle a motivés, mais qui n'est ni accidentelle ni involontaire (OMS).

Situation actuelle

Figure 1 : Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes dans la Région africaine, comparaison entre 2020 et 2017
(Source : MMEIG des Nations Unies, OMS, UNICEF, FNUAP, Banque mondiale et DAES)



- En 2020, le taux de mortalité maternelle dans la Région africaine était estimé à 531 décès pour 100 000 naissances vivantes.
- Les pays présentant des taux de mortalité maternelle extrêmement élevés sont le Soudan du Sud avec 1223 décès, suivi du Tchad avec 1063 décès et du Nigéria avec 1047 décès pour 100 000 naissances vivantes.
- Par rapport à 2017, le taux de mortalité maternelle a augmenté dans 17 pays et diminué dans 30 autres.
- La Sierra Leone figurait parmi les trois premiers pays de la Région africaine présentant des taux de mortalité maternelle élevés en 2017, avec 1120 décès pour 100 000 naissances vivantes. En 2020, le taux de mortalité maternelle a baissé de près de 60 % (443 décès pour 100 000 naissances vivantes).
- Les autres pays qui affichent un taux élevé de réduction de la mortalité maternelle par rapport à 2017 sont la Tanzanie (55 %), l'Eswatini (45 %), la Mauritanie (39 %), l'Éthiopie (33 %) et l'Érythrée (33 %).
- En 2017, le taux de mortalité maternelle au Nigéria était estimé à 917 pour 100 000 naissances vivantes, et il a augmenté de près de 14 % en 2020 pour atteindre 1047 décès.
- En Guinée-Bissau, le taux de mortalité maternelle a augmenté de 9 % en 2020 par rapport à 2017.
- Le taux de mortalité maternelle en République démocratique du Congo a augmenté de 16 % en 2020.
- Au Bénin, ce taux a également augmenté de 32 % par rapport à 2017.
- En 2020, le taux de mortalité maternelle a augmenté de 37 % en Zambie par rapport à 2017.
- Bien qu'il figure parmi les pays où le taux de mortalité maternelle est faible, Maurice a enregistré une augmentation de 38 % entre 2017 et 2020.
- Aux Comores, le nombre de décès maternels a augmenté de 21 % entre 2017 et 2020.
- Au Kenya, entre 2017 et 2020, la mortalité maternelle a augmenté de 55 %.
- Le taux de mortalité maternelle en Namibie a augmenté de 10 % entre 2017 et 2020.
- Entre 2017 et 2020, Sao Tomé-et-Principe a enregistré une augmentation de 12 % de son taux de mortalité maternelle.
- Les autres pays ayant enregistré une légère augmentation de leurs taux de mortalité maternelle sont le Lesotho, Madagascar, le Malawi et le Rwanda.

Classification des pays en fonction du taux de mortalité maternelle en 2020

Faible : Les Seychelles (3), le Cap Vert (42), l'Algérie (78) et Maurice (84) rentrent dans cette catégorie, car la mortalité maternelle y est faible, se situant entre 0 et 99 décès pour 100 000 naissances vivantes.

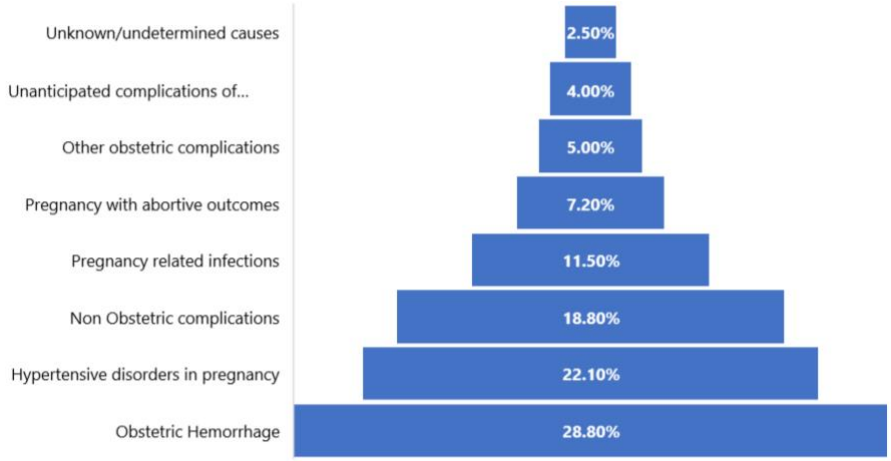
Élevé/modéré : La fourchette de 100 à 499 décès pour 100 000 naissances vivantes est considérée comme un taux de mortalité maternelle élevé ou modéré. Les 33 pays qui entrent dans cette catégorie sont l'Angola, l'Afrique du Sud, Sao Tomé et Principe, le Botswana, la Namibie, la Zambie, le Gabon, les Comores, la Guinée équatoriale, le Ghana, le Sénégal, le Burkina Faso, Madagascar, le Malawi, l'Ouganda, le Congo, le Togo, l'Éthiopie, l'Eswatini, le Zimbabwe, le Niger, la République-Unie de Tanzanie, l'Érythrée, le Rwanda, le Congo, la Mauritanie, la Gambie, la Côte d'Ivoire, le Burundi, le Cameroun, le Mali, le Mozambique, la République centrafricaine et la Sierra Leone.

Très élevé : Selon les estimations, huit pays africains présentaient un taux de mortalité maternelle très élevé en 2020, se situant entre 500 et 999 décès pour 100 000 naissances vivantes. Il s'agit de la République centrafricaine (835), de la Guinée-Bissau (725), du Libéria (652), du Lesotho (566), de la Guinée (553), de la République démocratique du Congo (547), du Kenya (530) et du Bénin (523).

Extrêmement élevé : Trois pays enregistrent des taux de mortalité maternelle extrêmement élevés, soit plus de 1000 décès pour 100 000 naissances vivantes. Il s'agit du Soudan du Sud (1223), du Tchad (1063) et du Nigéria (1047).

2. Causes de la mortalité maternelle

Figure 2 : Causes des décès maternels dans la Région africaine, 2021 *(Source : OMS)*



Les complications pendant la grossesse, avant, pendant et après l'accouchement sont quelques-unes des causes de décès maternels.

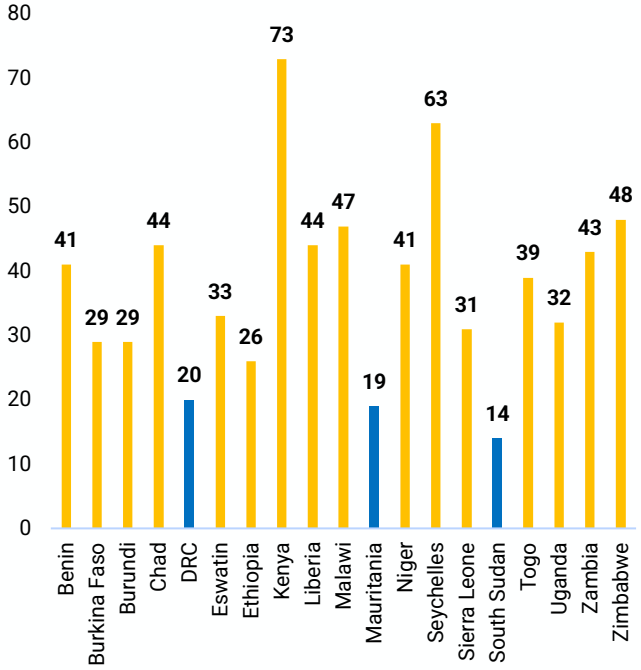
- Les hémorragies sont souvent imputables au manque de ressources, à l'absence de personnel qualifié, à l'accouchement dans des établissements mal équipés et à la pénurie de fournitures obstétricales essentielles, telles que les transfusions sanguines.
- Les comportements inappropriés en matière de recours aux soins, les longues distances à parcourir pour arriver aux établissements de santé et le manque de moyens de transport vers les établissements tertiaires constituent également des causes de mortalité maternelle en Afrique subsaharienne.
- L'accès tardif aux établissements de santé du fait d'infrastructures médiocres telles que les routes, les moyens de communication et de transport contribuent également à l'aggravation de la mortalité maternelle. En Guinée, par exemple, le rapport de cotes pour le décès maternel était considérablement élevé pour les patientes transférées d'un hôpital à l'autre.
- Le recours tardif aux soins maternels, dû à la méconnaissance des signes de danger et à l'impréparation, est une cause supplémentaire de décès maternels.
- En Éthiopie, la recherche tardive des soins maternels représentait 40 % des causes de décès maternels, tandis que l'administration tardive des soins appropriés constituait 22 % de ces causes.
- Les retards pris dans l'administration de soins appropriés, qui s'expliquent par le manque de personnel de santé qualifié, le matériel médical inadapté et la mauvaise qualité des mécanismes d'orientation-recours, contribuent à l'augmentation de la mortalité maternelle dans la Région africaine.

3. Disponibilité des services de soins de santé maternelle

On entend par santé maternelle la santé des femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. Des soins obstétriques de haute qualité sont dispensés grâce à des interventions à fort impact pendant la période prénatale, anténatale et postnatale. Tous ces services sont assurés par du personnel de santé qualifié, des médicaments essentiels, du sang sécurisé et des services de soins d'urgence, ainsi que par des systèmes optimaux permettant d'éviter les difficultés financières.

Disponibilité des médicaments essentiels

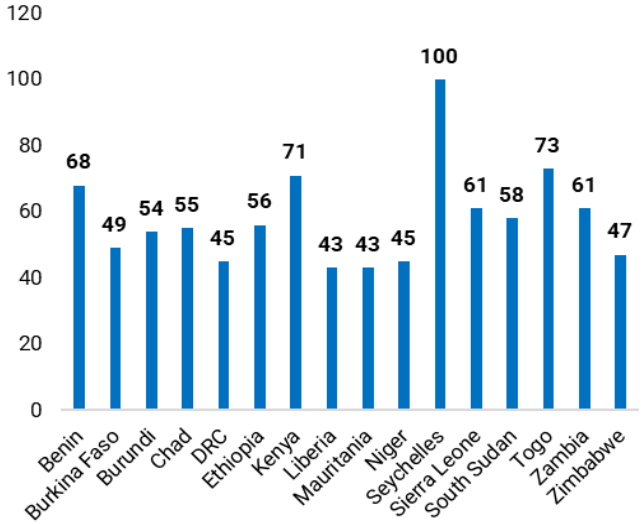
Figure 3 : Disponibilité des médicaments essentiels dans la Région africaine (%), 2018 *(Source : OMS)*



- Parmi les médicaments prioritaires utilisés pour sauver la vie des mères, on peut citer la carbétocine thermostable, l'ocytocine, le misoprostol, l'acide tranexamique, le sulfate de magnésium, etc.
- Entre 2015 et 2018, le taux de disponibilité des médicaments essentiels dans la Région africaine était élevé au Kenya (73 %) et aux Seychelles (63 %).
- Au Zimbabwe, le taux de disponibilité des médicaments essentiels était de 48 %, 47 % au Malawi, 44 % au Tchad et au Libéria, 43 % en Zambie et 41 % au Niger.
- Les pays ayant un taux de disponibilité des médicaments essentiels inférieur à 40 % étaient l'Eswatini (33 %), l'Ouganda (32 %), la Sierra Leone (31 %) et le Burundi (20,9 %).
- Des taux de disponibilité des médicaments essentiels extrêmement faibles ont été enregistrés au Soudan du Sud (14 %), en Mauritanie (19 %) et en République démocratique du Congo (20 %) (Source : SARA 2018).

Disponibilité de matériel (pompes à perfusion, réchauffe-sang et perfuseurs rapides) permettant d'effectuer des transfusions sanguines en toute sécurité

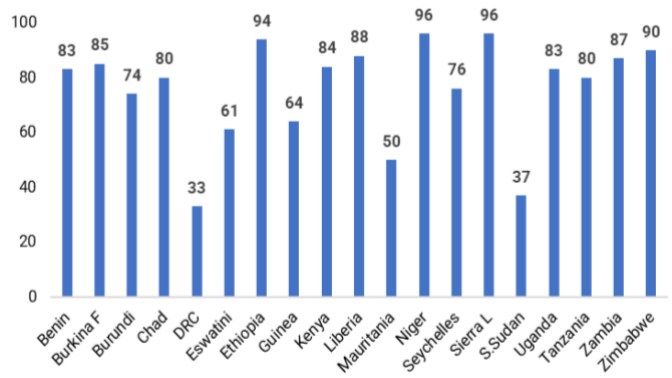
Figure 4 : Disponibilité des produits médicaux pour une pratique sûre de la transfusion sanguine dans la Région africaine (en pourcentage), 2018 *(Source : OMS)*



- En moyenne, 60 % des produits transfusionnels sûrs étaient disponibles dans la Région africaine entre 2015 et 2018.
- Les Seychelles présentent une disponibilité extrêmement élevée d'articles destinés à soutenir la transfusion sanguine à 100 %.
- Les pays où cette disponibilité se situe entre 60 % et 75 % sont le Togo (73 %), le Kenya (71 %) et le Bénin (68 %).
- Les autres pays où ce pourcentage est compris entre 40 % et 59 % sont le Burundi, le Burkina Faso, l'Éthiopie, le Libéria, le Niger, la République démocratique du Congo, le Soudan du Sud et le Zimbabwe. *(Source : SARA, 2018).*

Disponibilité des services de planification familiale

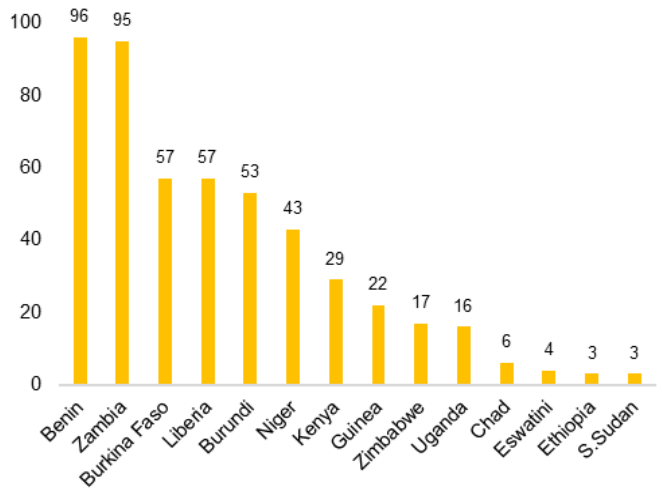
Figure 5 : Disponibilité des services de planification familiale dans la Région africaine (en pourcentage), 2018 *(Source : OMS)*



- En 2018, le taux de disponibilité des services de planification familiale dans la Région africaine était en moyenne de 78 %.
- Entre 2014 et 2018, la République démocratique du Congo (33 %) et le Soudan du Sud (37 %) affichaient le plus faible taux de disponibilité de services de planification familiale.
- En 2017, le taux de disponibilité des services de planification familiale était de 61 % en Eswatini et de 64 % en Guinée.
- Les pays où ce taux se situait entre 90 % et 96 % pour la période 2015-2019 sont la Sierra Leone et le Niger à 96 %, l'Éthiopie à 94 %, le Zimbabwe et le Burkina Faso à 90 %. (Source : *SARA 2018*).

Disponibilité des services de soins obstétricaux d'urgence complets

Figure 6 : Disponibilité des services de soins obstétricaux d'urgence complets dans la Région africaine *(Source : OMS/UNICEF 2018)*

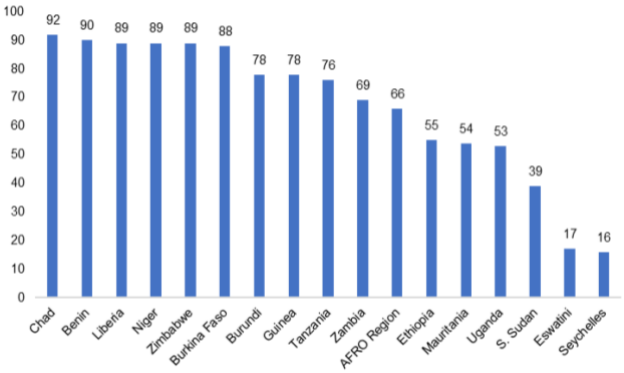


L'OMS, le FNUAP et l'UNCF ont recommandé, pour chaque tranche de 500 000 habitants, la création de quatre établissements de soins de santé primaires essentiels et d'un établissement de soins obstétriques d'urgence essentiels pour chaque tranche de 500 000 habitants (MEOC 2009).

- De 2015 à 2019, trente-six pour cent des services obstétricaux d'urgence étaient disponibles dans la Région africaine.
- Malgré le faible taux de consultation prénatale dans la Région africaine, le Bénin et la Zambie affichaient des taux élevés de disponibilité des soins obstétricaux d'urgence, soit 96 % et 95 % respectivement.
- Les pays présentant un taux de disponibilité des services très faible sont le Burkina Faso, l'Éthiopie et le Soudan du Sud avec 3 %, l'Eswatini avec 4 %, le Togo avec 5 %, l'Ouganda avec 16 %, le Zimbabwe avec 17 %, la Guinée avec 22 % et le Kenya avec 29 %. *(Source : SARA, 2018).*

Disponibilité des services de soins obstétricaux d'urgence de base

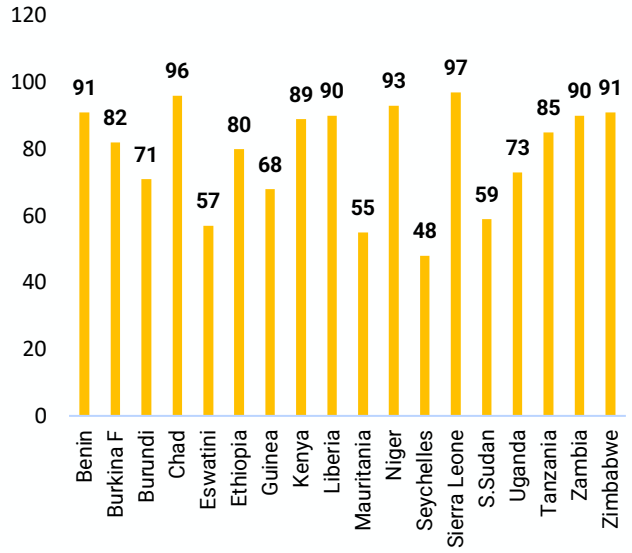
Figure 7 : Disponibilité des services de soins obstétricaux d'urgence de base dans la Région africaine *(Source : OMS/UNICEF 2018)*



- Entre 2015 et 2018, le Bénin (90 %) et le Tchad (92 %) étaient les pays où la disponibilité des services de soins obstétricaux de base était élevée.
- Il y avait ensuite le Libéria, le Niger, le Zimbabwe (89 %) et le Burkina Faso (88 %).
- Puis, le Burundi et la Guinée, avec un taux de disponibilité des services de soins obstétricaux de base de 78 %, et la Tanzanie avec un taux de 76 %.
- Les pays qui affichaient un taux de disponibilité très faible étaient les Seychelles (16 %), l'Eswatini (17 %) et le Soudan du Sud (36 %).
- Dans les autres pays, ce taux se situait entre 50 et 69 %.

Disponibilité des services de soins prénatals

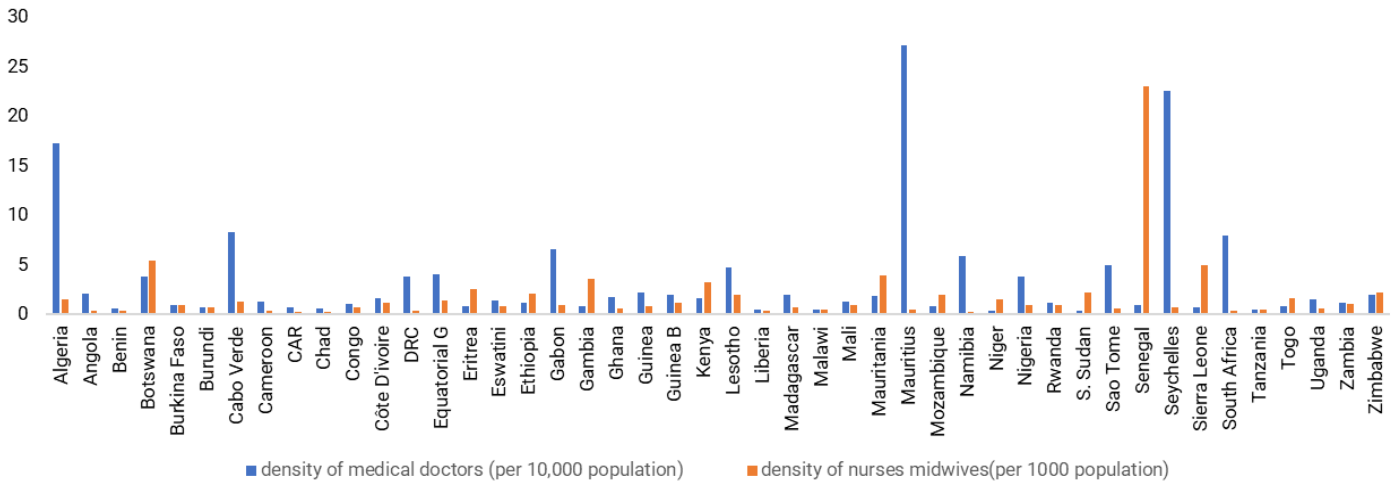
Figure 8 : Disponibilité des services de soins prénatals dans la Région africaine (en pourcentage), 2018 *(Source : OMS)*



- Entre 2015 et 2018, le taux de disponibilité des services prénatals dans la Région africaine était en moyenne de 81 %.
- Entre 2015 et 2018, les pays suivants ont enregistré des taux élevés de disponibilité des services de soins prénatals : Sierra Leone (97 %), Tchad (96 %) et Niger (93 %).
- Le taux de disponibilité des services de soins prénatals était en moyenne de 91 % au Zimbabwe, 91 % au Bénin, 90 % en Zambie et 90 % au Libéria.
- Les pays où la disponibilité des services de soins prénatals était faible entre 2017 et 2018 sont le Soudan du Sud (59 %), l'Eswatini (57 %), la Mauritanie (55 %) et les Seychelles (48 %).

Disponibilité du personnel de santé

Figure 9 : Densité de médecins et d'infirmiers/sages-femmes dans la Région africaine, 2020 *(Source : OMS)*

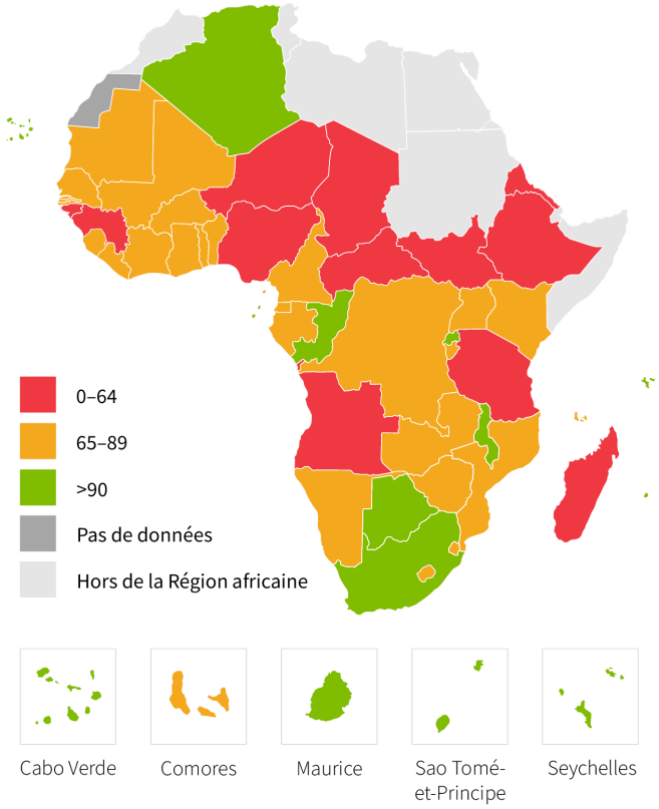


- Entre 2012 et 2020, la densité de médecins dans la Région africaine était estimée à 2,9 médecins pour 10 000 habitants.
- Entre 2012 et 2020, Maurice avait une densité moyenne de 27,1 médecins pour 10 000 habitants, suivie des Seychelles avec 22,5 et de l'Algérie avec 17,2 médecins pour 10 000 habitants.
- Les pays dont la densité de médecins pour 10 000 habitants se situe entre 6 et 10 sont le Cap-Vert (8,3), l'Afrique du Sud (7,9) et le Gabon (6,5).
- Pour les 41 autres pays de la Région africaine, la densité de médecins pour 10 000 habitants se situe entre 0 et 5,9.
- Entre 2012 et 2020, la densité d'infirmiers et de sages-femmes pour 1 000 habitants dans la Région africaine était estimée à 1,29.
- Le Sénégal est le seul pays de la Région africaine à présenter une forte densité d'infirmières/sages-femmes, soit 22,9 pour 1 000 habitants.
- Dans les autres pays, la densité d'infirmières et de sages-femmes pour 1 000 habitants se situe entre 0 et 5.

4. Couverture des services de soins de santé maternelle

Accouchement assisté par un personnel de santé qualifié

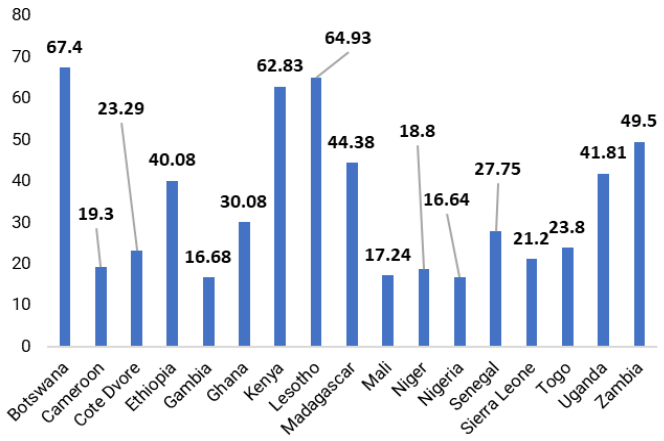
Figure 10 : Pourcentage d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié dans la Région africaine, 2021 *(Source : OMS)*



- Par accouchement assisté par du personnel de santé qualifié, on entend un accouchement pratiqué par des professionnels de la santé maternelle et néonatale compétents, éduqués, formés et réglementés conformément aux normes nationales et internationales. Ces professionnels sont capables de fournir et de promouvoir, pour la femme et le nouveau-né, des soins fondés sur des données probantes, respectueux des droits de l'homme, conformes aux normes de qualité, sensibles aux spécificités socioculturelles et empreints de dignité.
- En 2021, quatre-vingt-dix pour cent des naissances survenues à Maurice, au Botswana, aux Seychelles, en Algérie, en Afrique du Sud, à Sao Tomé-et-Principe, au Cap-Vert, au Rwanda, au Congo et au Malawi ont été assistées par du personnel de santé qualifié.
- À Maurice, au Botswana, aux Seychelles, en Algérie, en Afrique du Sud, à Sao Tomé-et-Principe, au Cap-Vert, au Rwanda, au Congo et au Malawi, 90 % des accouchements ont été pratiqués par du personnel de santé qualifié.
- En 2019, 98,5 % des naissances survenues au Burundi ont été assistées par du personnel de santé qualifié. Ce chiffre représente une amélioration de 12,1 % par rapport à 2018, où 86,4 % des accouchements avaient été assistés par du personnel qualifié.
- En ce qui concerne les accouchements assistés par du personnel qualifié, il subsiste un écart de 25 % par rapport à l'objectif de développement durable 3.1 d'ici à 2030.

Prévalence contraceptive

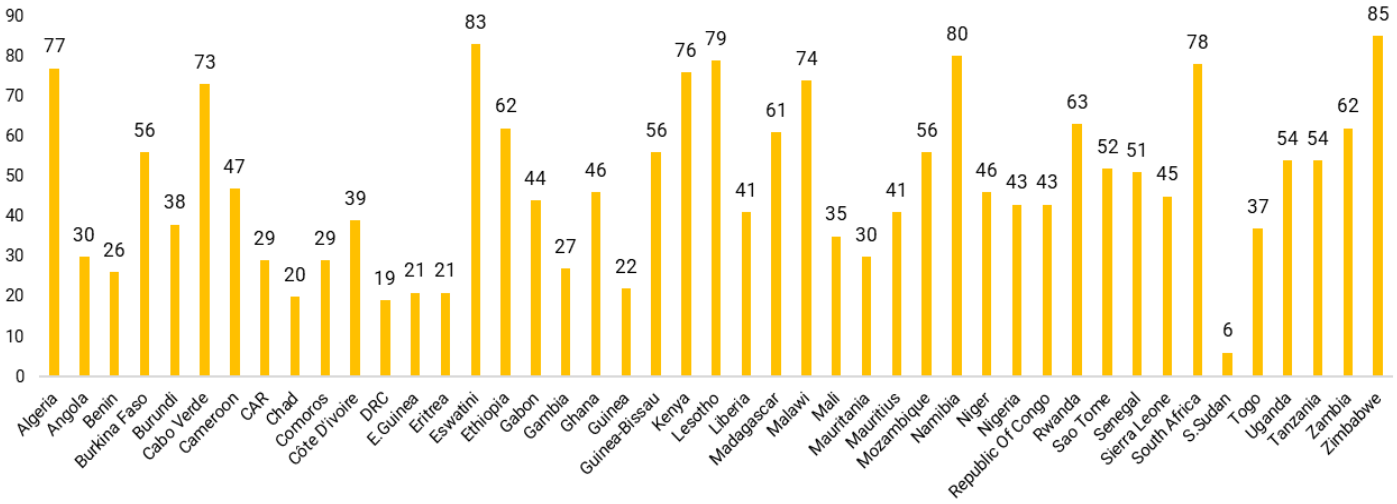
Figure 11 : Taux de prévalence contraceptive dans la Région africaine (en pourcentage) *(Source : ONU DAES 2018)*



- La contraception est une intervention qui permet de sauver des vies et dont les avantages sanitaires, sociaux et économiques sont bien connus. Le progestatif injectable le plus largement utilisé est l'acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR), également recommandé par l'OMS pour l'administration de contraceptifs injectables aux personnes en âge de procréer. (OMS : 2020).
- Le taux de prévalence de la contraception dans la Région africaine était de 28 % en 2017.
- Le Botswana arrivait en tête avec un taux élevé de 67,4 %, suivi par le Lesotho (64,93 %), et le Kenya avec 62,83 %.
- La Zambie affichait un taux de 49,5 %, Madagascar, 44,38 %, l'Ouganda, 41,81 %, et l'Éthiopie, 40,08 %.
- Les pays ayant les taux de prévalence contraceptive les plus faibles en 2017 étaient le Nigéria (16,64 %), la Gambie (16,68 %), le Mali (17,24 %), le Niger (18,8 %) et le Cameroun (19,3 %).
- Dans les autres pays, ce taux se situait entre 20 et 40 %.

Demande de planification familiale satisfaite par des méthodes modernes

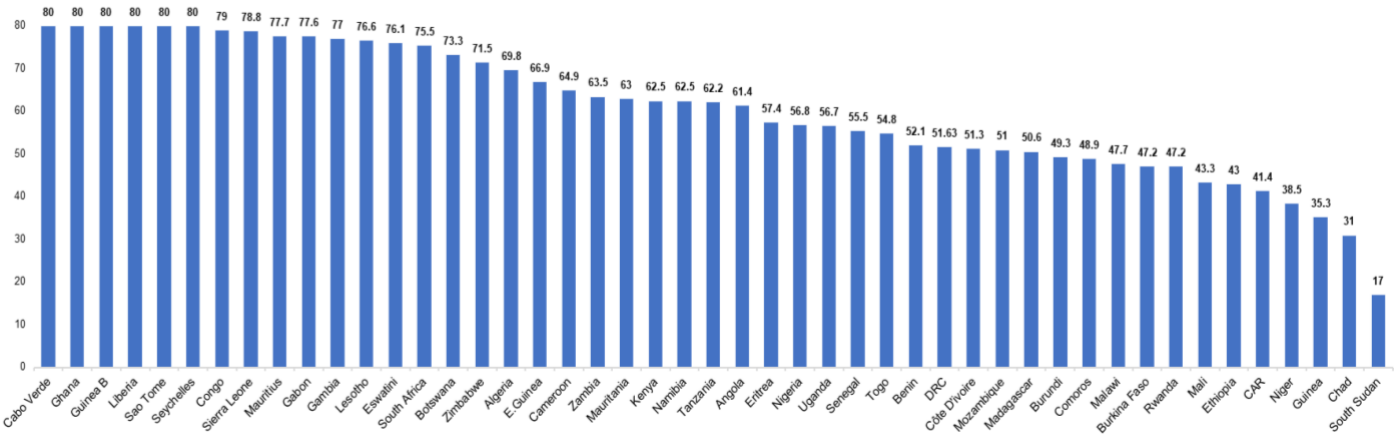
Figure 12 : Demande de planification familiale satisfaite par des méthodes modernes dans la Région africaine (en pourcentage) *(Source : OMS 2017)*



- Les méthodes modernes de contraception comprennent les pilules contraceptives orales, les implants, les injectables, le patch contraceptif et l'anneau vaginal, le dispositif intra-utérin (DIU), les préservatifs féminins et masculins, la stérilisation féminine et masculine, les méthodes de barrière vaginale (y compris le diaphragme, la cape cervicale et les agents spermicides), la méthode de l'aménorrhée lactationnelle (MAMA), les pilules contraceptives d'urgence, la méthode des jours standard (MJS), la méthode de la température basale du corps (TBC), la méthode des deux jours et la méthode sympto-thermique.
- Entre 2011 et 2017, 56 % des femmes en âge de procréer de la Région africaine étaient satisfaites de la méthode moderne demandée.
- Les pays affichant un taux de satisfaction élevé étaient le Zimbabwe (85 %), l'Eswatini (83 %) et la Namibie (80 %).
- Le pourcentage de femmes satisfaites des méthodes modernes de planification familiale utilisées était de 79 % au Lesotho, 78 % en Afrique du Sud, 77 % en Algérie, 76 % au Kenya, 74 % au Malawi et 73 % au Cap-Vert.
- Les pays présentant un taux de satisfaction très faible étaient le Soudan du Sud (6 %), la République démocratique du Congo (19 %), le Tchad (20 %), la Guinée équatoriale et l'Érythrée (21 %), la Guinée (22 %), le Bénin (26 %) et les Comores (29 %).
- Dans les autres pays, ce taux se situait entre 30 et 65 %.

Pourcentage de femmes ayant effectué au moins quatre consultations prénatales entre 2010 et 2019 dans la Région africaine

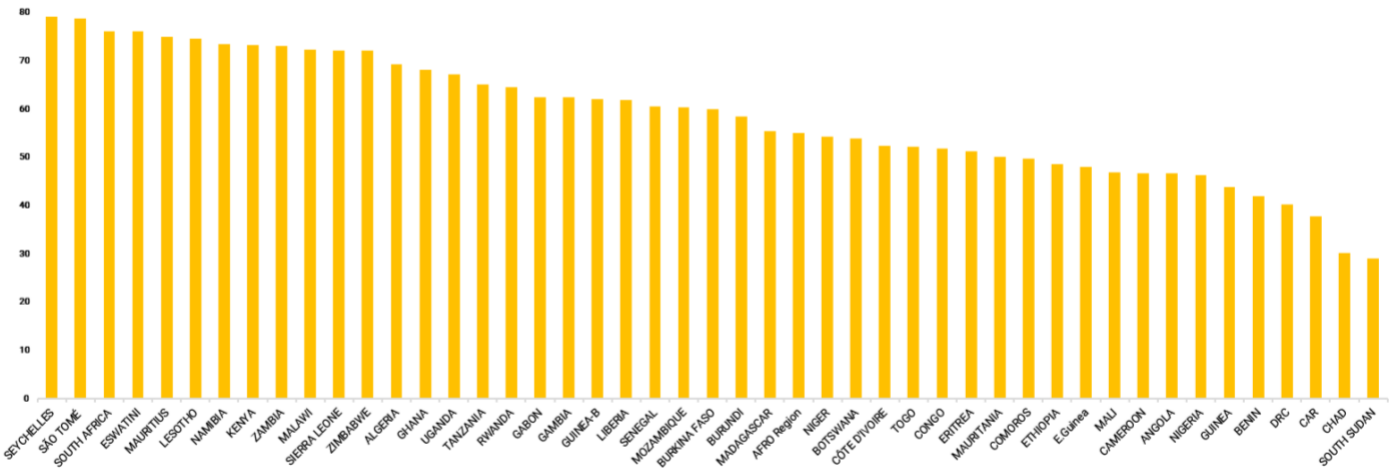
Figure 13 : Pourcentage de femmes ayant effectué au moins quatre consultations prénatales entre 2010 et 2019 dans la Région africaine *(Source : OMS 2019)*



- Grâce aux consultations prénatales, les femmes enceintes peuvent également bénéficier d'une supplémentation en micronutriments, d'un traitement contre l'hypertension pour prévenir l'éclampsie, et d'une vaccination antitétanique. Les soins prénatals peuvent également permettre d'effectuer un test de dépistage du VIH et de prendre des médicaments pour prévenir la transmission du virus de la mère à l'enfant. Dans les régions de paludisme endémique, le personnel de santé peut fournir aux femmes enceintes des médicaments et des moustiquaires imprégnées d'insecticide pour les aider à prévenir cette maladie débilitante et parfois mortelle. (UNICEF 2022)
- Entre 2010 et 2019, le pourcentage de femmes ayant effectué au moins quatre consultations prénatales était en moyenne de 60,5 % dans la Région africaine.
- Les pays présentant un taux élevé de femmes ayant effectué au moins quatre consultations étaient le Cap-Vert, le Ghana, la Guinée-Bissau, le Liberia, Sao Tomé et les Seychelles, avec un taux de 80 %.
- Les pays ayant le taux de consultations prénatales le plus faible étaient le Soudan du Sud (17 %), le Tchad (31 %), la Guinée (35,3 %) et le Niger (38,5 %).
- Dans les autres pays, ce taux se situait entre 40 et 79 %.

Sous-indice de couverture des services pour la couverture sanitaire universelle en matière de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

Figure 14 : Sous-indice de couverture des services pour la couverture sanitaire universelle en matière de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans la Région africaine *(Source : OMS 2019)*



- L'OMS facilite la couverture sanitaire universelle afin de garantir l'accès universel aux services de santé et droits sexuels et reproductifs efficaces et de qualité, en ayant recours pour y parvenir, au système de prestation le plus efficace et le plus approprié.
- En 2019, le taux de couverture des services de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant était de 55 % dans la Région africaine.
- Les Seychelles arrivaient en tête avec 79 %, suivies de Sao Tomé, 78,72 %, et de l'Afrique du Sud, 76 %.
- Parmi les pays affichant un taux de couverture élevé en matière de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, on pourrait également citer l'Eswatini (75,9 %), l'île Maurice (74,78 %), le Lesotho (74,42 %), la Namibie (73,4 %), le Kenya (73,06 %) et la Zambie (73 %).
- En 2019, le Soudan du Sud était le pays qui affichait le taux de couverture le plus bas en matière de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant était le plus bas, soit 29 %.
- Dans les autres pays, ce taux se situait entre 30,1 et 69 %.

6. Action de l'OMS et des autres parties prenantes

- Accroître la recherche, fournir des orientations cliniques et programmatiques, fixer des normes mondiales et offrir un soutien technique aux États membres des Nations Unies.
- Garantir une couverture sanitaire universelle pour des soins complets en matière de santé reproductive, de santé de la mère et du nouveau-né.
- Inviter instamment les partenaires à remédier aux inégalités dans l'accès à des services de santé génésique, maternelle et néonatale de qualité et à renforcer les systèmes de santé tout en accordant la priorité aux femmes et aux filles.
- Placer la santé de la mère et du nouveau-né au premier rang des priorités des gouvernements et des partenaires de développement.
- Examiner les politiques, les lignes directrices et les programmes afin de garantir la disponibilité des soins obstétriques d'urgence.
- Mobiliser, affecter et débloquer des ressources suffisantes pour la santé de la mère et du nouveau-né.
- Assurer la responsabilité de l'amélioration des services de soins de santé pour les femmes et les filles à tous les niveaux.
- Favoriser les partenariats avec le secteur privé, la société civile, les organisations religieuses et autres organisations communautaires.

Références bibliographiques

1. OMS, 2022, Atlas of African Health Statistics
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/364839/9789290234845-eng.pdf?sequence=1&isAllowed
2. OMS, 2017. Reducing Maternal Death
https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/mps%20brochure_reducing-maternal-deaths.pdf
3. OMS, 2020. Maternal Health
https://www.afro.who.int/health-topics/maternal-health
4. OMS, UNICEF, UNFPA, 2009. Monitoring Emergence Obstetric Care
https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/obstetric_monitoring.pdf
5. OMS, UNICEF, UNFPA, WBG, United National Population Division 2000–2017, Trends in Maternal Mortality
https://apps.who.int/iris/handle/10665/327596
6. Our World in Data 2017. Maternal Mortality
https://ourworldindata.org/maternal-mortality#maternal-deaths-by-country
7. integrated African Health Observatory (iAHO)
8. Journal of Global Health Reports
9. MMEIG des Nations Unies, OMS, UNICEF, FNUAP, Banque mondiale et DAES
Trends in maternal mortality 2000 to 2020. https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759
10. Self-administration of injectable contraception, 2022 update
https://www.who.int/publications/i/item/WHO-SRH-22.2

Sources

Les données proviennent de l'OMS : l'Observatoire africain de la santé intégré

Photographie: Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique

Consultez nos autres résumés analytiques dans cette série de profiles de santé des pays membres de l'Observatoire africain de la santé intégré : https://aho.afro.who.int/country-profiles/af

---

Contactez-nous à l'adresse suivante : iAHO@who.int
Retrouvez-nous sur LinkedIn : https://www.linkedin.com/company/iaho/

Résumé analytique réalisé par :

Lydia Nobert Anaclet Geraud Nganga Koubemba, Monde Mambimongo Wangou, Serge Marcial Bataliack, Humphrey Cyprian Karamagi, Onyiah Pamela Amaka, Abdoulaye Konate, Auccresh Diamoneka, Janet Kayita, Triphonie Nkurunziza, Aderoba Adeniyi, Lindiwe Elizabeth Makubalo.