

## EDITORIAL

# Defining a New Pathway for Family Planning in Africa After 2014

*Friday Okonofua*

*Editor, African Journal of Reproductive Health*

The International Conference on Population and Development (ICPD) was a landmark event that shifted emphasis from concerns with population growth to commitment to reproductive equity, rights and social justice in the implementation of all components of reproductive health. It placed women at the centre stage of development, creating a justifiable foundation for women to access safe and affordable modern contraceptives. ICPD positioned family planning as a fundamental human right of all sexually active couples, with the expectation that the new approach will galvanise efforts and lead to an improved use and acceptance of family planning by those who need them.

Since ICPD, the evidence has shown that indeed, contraceptive prevalence rates (CPR) increased worldwide between 1990 and 2013, with a parallel decrease in unmet need for family planning<sup>1,2</sup>. The most changes in these parameters occurred in the 1990s, with a slower increase in CPR and decrease in unmet need occurring between 2003 and 2012. However, although increases in contraceptive prevalence also occurred in African countries during the period, the increases were less as compared to other regions. Both in Central and West Africa, CPR has remained low with little change occurring in unmet need which has remained at around 20% between 1990 and 2010. This slow progress in CPR and unmet need in Africa has led some to suggest that the principles of ICPD have not worked in the region. With the increasing emphasis on family planning both from the recognition of the possible impact of climate change on resource limitation (with Africa most likely to bear the greatest brunt)<sup>3</sup>, and projections made on the increasing number of women that would require family planning after 2014 (mostly in the African region)<sup>4</sup>, there is a call for new approaches to address gaps in family planning provision and access in Africa. Indeed, the

commitment shown by world leaders at the London Summit in 2013<sup>5</sup> to provide family planning to an additional 120 million women and girls points to this need for galvanized and quicker action.

Many factors account for the slow progress in family planning indicators in the African continent over the past two decades. These include the poor uptake of the principles of ICPD with many African women still suffering the effects of social exclusion, marginalization and discrimination; the donor driven nature of family planning with many African governments still poorly committed to the principles and practice of family planning principles; limited efforts to address quality of care of available services with clinics still lacking trained staff, a constellation of commodities and youth-friendly approaches; the lack of integration of family planning to high prevalent reproductive health problems such as HIV/AIDS prevention and care; and limited attention paid to addressing the background factors that drive low utilization of family planning in Africa such as ignorance, illiteracy, poverty and harmful cultural beliefs and practices.

Four articles in this edition of the *African Journal of Reproductive Health* provide evidence of efforts being made in various parts of the region to understand the context of family planning provision in Africa needed to identify new approaches for improving key indicators of development. The paper by Olatoregun<sup>6</sup> and his colleagues compare fertility differences between Ghana and Nigeria and conclude that preferences for high fertility are still dominant in both countries, while the paper by Kuang<sup>7</sup> explains how couples in Uganda are being motivated to accept family planning methods using self-motivational and rights-based techniques. Although injectable contraceptives belong to the WHO group of second tier methods in terms of method

effectiveness, they are often the most preferred methods by African women. The paper by Nakayiza and her colleagues<sup>8</sup> from Uganda describes how the source of an injectable contraceptive influences the use of the method by rural women. It points to the need to integrate local needs and considerations in the design and implementation of family planning programs in Africa if increased uptake of these methods is to be achieved. Despite the high prevalence of HIV/AIDS in Africa, there have been little systemic efforts to understand the family need of affected populations and to design programs to address their needs. The paper by Sarah Gutin and her colleagues<sup>9</sup> from Uganda is presently one of the few available empirical data that investigates fertility desires of HIV-positive women in the postpartum period.

However, these papers are not only a good exposition of the nature of the problem but they point only to a limited direction. There is a need to identify systemic approaches for improving contraceptive availability and use in the African continent after 2014. The 17-points Sustainable Development Agenda being proposed for world development after 2014<sup>10</sup> appear to be a good start with many issues being included that will address the background social and economic factors that influence poor use of family planning in Africa. However, what will be most important and crucial is the political commitment of national governments both to implement the solutions embodied in the sustainable development agenda, and also to owe the process of change in terms of increased family planning provision. Most African governments have shown poor commitment to family planning services over the past two decades in part due to their internal conflict and beliefs about family planning, and also because of their limited prioritization of health and social development issues. The three countries that demonstrated powerful political commitment to development and family planning over the past years – Ethiopia, Rwanda and Malawi – have also witnessed the fastest growth in CPR and declines in unmet need, which testify to the importance of political commitment and leadership in promoting social development in the African continent. Additional factors that would need to be addressed

to boost family planning provision and access in Africa include: increased indigenous funding of family planning (rather than reliance on donor funding), increased public education and advocacy with use of notable champions and partnership building, community provision of services (including the use of task-shifting), health systems strengthening, promoting the inclusion of youth and men in family planning, and the integration of family planning services to other reproductive health services such as HIV/AIDS.

In conclusion, family planning is an important consideration in efforts to foster development, reduce maternal mortality and promote the well-being and social development of women and youth in Africa. The 1990-2013 period witnessed a slow growth of family planning indicators in Africa, but the 2014 period and beyond offers a new window of opportunity to galvanise efforts to accelerate the trend. The Sustainable Development Agenda being proposed for world development after 2014 is a good entry point, but political commitment is critically needed both to implement the agenda and also to prioritise the implementation of family planning and social development programs in Africa. While not downsizing the importance of other areas of development, it is predictable that family planning would be the centre-piece of growth and development planning in the African region in the coming years.

### *Conflict of Interest*

None

### **References**

1. Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. National, regional and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2013: A systematic and comprehensive analysis. *Lancet* 2013; 381: 1642-52.
2. Darroch JE, Singh S. Trends in contraceptive need and use in developing countries in 2003, 2008 and 2013: An analysis of national surveys. *Lancet* 2013; 381: 1756-62.
3. Potts M, Graves A. Big issues deserve bold responses: population and climate change in the Sahel. *Afr J Rep Health* 2013 (Sept.): 18: 3, 9-11.
4. Willard Cates, Jr, Baker Maggwa. Family planning since ICPD – how far have we progressed? ICPD Beyond 2014 Expert Meeting on Women's Health –Rights,

- Empowerment and Social Determinants. 30<sup>th</sup> September – October 2, 2013. Mexico City.
5. Bill & Melinda Gates Foundation, DFID Press Office. Landmark summit puts women at heart of global health agenda (Press Release). Seattle, WA and London: Bill & Melinda Gates Foundation & DFID, 2012 July 11 (Available at: <http://www.londonfamilyplanningsummit.co.uk/1530%20FINAL%20press%20release.pdf>).
  6. Olatoregun Oluwaseun, Fagbamigbe Adeniyi Francis, Akinyemi Joshua Odunayo, Yusuf Oyindamola Bidemi and Bangboye Elijah Afolabi. A comparative Analysis of fertility differentials in Ghana and Nigeria. *Afr J Repr Health* 2014; 18:3, 36-47.
  7. Kuang Bernice, John Ross and Elizabeth Leahy Madsen. Defining Motivational Intensity of Need for Family Planning. *Afr J Repr Health* 2014; 18: 3, 57-66.
  8. Nakayiza Olivia, Robert Wamala and Betty Kwagala. Determinants of preference of Source of Injectable Contraceptives among Rural Women in Uganda: A Case of Depo-Provera. *Afr J Repr Health* 2014; 18: 3, 48-56.
  9. Gutin Sarah, Fatuma Namusoke, Starley B. Shade and Florence Mirembe. Fertility Desires and Intentions among HIV-positive women during the post-natal period in Uganda. *Afr J Repr Health* 2014; 18: 3, 67-77.
  10. High Level Panel on Post-2015 Development Agenda. A new global partnership: Eradicate poverty and transform economies through sustainable development. Accessed at: <http://www.post2015hlp.org/featured/high-level-panel/>

## *EDITORIAUX*

# **Définir une nouvelle voie pour la planification familiale en Afrique après 2014**

*Friday Okonofua*

*Revue africaine de santé de la reproduction*

La Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) a été un événement historique qui a modifié l'accent mis sur la croissance de la population comme préoccupations pour le mettre sur l'engagement à l'équité en matière de la reproduction, les droits et la justice sociale dans la mise en œuvre de toutes les composantes de santé de la reproduction. Il a placé les femmes au centre de la scène du développement, en créant une fondation justifiable pour les femmes d'avoir accès à des contraceptifs modernes sûrs et abordables. La CIPD a positionné la planification familiale comme un droit humain fondamental de tous les couples sexuellement actifs, tout en espérant que la nouvelle approche poussera les efforts et conduira à une utilisation et une acceptation de la planification familiale améliorée par les femmes qui en ont besoin.

Depuis la CIPD, l'évidence a montré que, de fait, les taux de prévalence de la contraception (TPC) ont augmenté dans le monde entier entre 1990 et 2013, avec une diminution parallèle des besoins non satisfaits en planification familiale<sup>1,2</sup>. La plupart des modifications de ces paramètres se sont produites dans les années 1990, avec une augmentation moins rapide de taux de prévalence de la contraception (TPC) et une diminution des besoins non satisfaits qui s'est produite entre 2003 et 2012. Cependant, bien que les augmentations de la prévalence de la contraception aient également eu lieu dans les pays africains au cours de la période, les hausses ont été moins importantes par rapport à d'autres régions. Le TPC est resté faible en Afrique Centrale et Occidentale, avec peu de changements qui se produisent à l'égard des besoins non satisfaits qui sont restés autour de 20% entre 1990 et 2010. La lenteur du progrès en TPC et les besoins non satisfaits en Afrique a conduit certaines personnes à penser que

les principes de la CIPD n'ont pas marché dans la région. Avec l'importance croissante accordée à la planification familiale à la fois à partir de la reconnaissance de l'impact possible du changement climatique sur la limitation des ressources (avec l'Afrique étant la plus susceptible de porter le plus grand poids)<sup>3</sup> et les projections faites sur le nombre croissant des femmes qui auront besoin de la planification familiale après 2014 (surtout dans la région de l'Afrique)<sup>4</sup>, il y a un appel à de nouvelles approches pour combler les lacunes dans la prestation de la planification familiale et l'accès en Afrique. En effet, l'engagement pris par les dirigeants du monde vers une action accéléré pour assurer la prestation de la planification familiale pour 120 millions de femmes et de filles de plus au cours du Sommet de Londres en 2013<sup>5</sup> témoigne de cette nécessité d'une action galvanisée et accélérée.

De nombreux facteurs expliquent la lenteur du progrès dans les indices de la planification familiale dans le continent africain au cours des deux dernières décennies. Il s'agit notamment de la faible adoption des principes de la CIPD étant donné que beaucoup de femmes africaines souffrent encore des effets de l'exclusion sociale, de la marginalisation et de la discrimination; la nature de la planification familiale qui s'appuie sur des bailleurs de fonds fait que de nombreux gouvernements africains s'engagent peu aux principes et à la pratique de la planification familiale; des efforts limités pour répondre à la qualité des soins des services disponibles vu les cliniques qui manquent encore de personnel qualifié, une constellation de produits et des approches favorables aux jeunes; le manque d'intégration de la planification familiale à des problèmes de reproduction élevés qui prévalent en matière de santé tels que la prévention et les soins du VIH / SIDA; et peu d'attention accordée à la

lutte contre les facteurs de fond qui animent la faible utilisation de la planification familiale en Afrique tels que l'ignorance, l'analphabétisme, la pauvreté et les croyances et les pratiques culturelles néfastes.

Quatre articles de ce numéro de la *Revue africaine de santé de la reproduction* fournissent la preuve des efforts réalisés dans diverses parties de la région afin de comprendre le contexte de la prestation de la planification familiale en Afrique qui sont nécessaires pour identifier de nouvelles approches pour améliorer les indices clés du développement. L'article de Olatoregun<sup>6</sup> et ses collègues fait une comparaison des différences de fécondité entre le Ghana et le Nigeria et conclut que les préférences pour une fécondité élevée sont encore dominantes dans les deux pays, tandis que l'article par Kuang<sup>7</sup> explique comment des couples en Ouganda sont motivés à utiliser la planification familiale en se servant des techniques fondées sur l'auto-motivation et les droits. Bien que les contraceptifs injectables appartiennent au groupe des méthodes de deuxième niveau selon l'OMS en termes de l'efficacité des méthodes, ils constituent souvent les méthodes les plus préférées par les femmes africaines. L'article de Nakayiza et ses collègues<sup>8</sup> de l'Ouganda décrit comment la source d'un contraceptif injectable influence l'utilisation de la méthode par les femmes rurales. Il souligne la nécessité d'intégrer les besoins et les considérations locaux dans la conception et la mise en œuvre des programmes de la planification familiale en Afrique. Malgré la forte prévalence du VIH / SIDA en Afrique, il y a eu peu d'efforts systémiques pour comprendre la nécessité de la famille des populations touchées et à concevoir des programmes pour répondre à leurs besoins. L'article de Sarah Gutin et ses collègues<sup>9</sup> de l'Ouganda est actuellement l'un des rares données empiriques disponibles qui étudie les désirs de la fécondité des femmes séropositives dans la période post-partum.

Cependant, ces articles sont une bonne exposition de la nature du problème, mais ils n'indiquent qu'une direction limitée. Il est nécessaire d'identifier des approches systémiques pour améliorer la disponibilité et l'utilisation des contraceptifs dans le continent africain après 2014. L'Ordre du jour du Développement durable

constitué des 17 points qui est proposé pour le développement du monde après 2014<sup>10</sup> semble être un bon point de départ étant donné qu'il comprend beaucoup de questions qui s'occuperont du fond social et les facteurs sociaux et économiques qui influent sur une mauvaise utilisation de la planification familiale en Afrique. Cependant, ce qui sera le plus important et crucial, c'est l'engagement politique des gouvernements nationaux à mettre en œuvre les solutions contenues dans le programme de développement durable, et aussi de devoir le processus de changement en termes de fourniture accrue de la planification familiale. La plupart des gouvernements africains ont montré leur faible engagement aux services de la planification familiale au cours des deux dernières décennies, en partie en raison de leur conflit interne et les croyances au sujet de la planification familiale et aussi à cause de leur ordre de priorité limitée des questions de santé et de développement social. Les trois pays qui ont démontré un engagement politique puissant au développement et à la planification familiale au cours des dernières années - l'Éthiopie, le Rwanda et le Malawi - ont également connu la croissance la plus rapide du TPC et un déclin des besoins non satisfaits, qui témoignent de l'importance de l'engagement politique et le leadership dans la promotion du développement social sur le continent africain. D'autres facteurs dont l'on devrait s'occuper pour augmenter ses prestations de la planification familiale et de l'accès en Afrique comprennent: un financement accru indigène de la planification familiale (plutôt que de dépendre du financement des bailleurs de fonds), l'augmentation de la sensibilisation du public et la sensibilisation à l'utilisation des champions notables et l'établissement des partenariats, l'assurance des services par la communauté (y compris l'utilisation de la délégation des tâches), le renforcement des systèmes de santé, la promotion de l'inclusion des jeunes et des hommes dans la planification familiale, et l'intégration des services de planification familiale à d'autres services de santé de la reproduction tels que le VIH / sida.

En conclusion, la planification familiale est un facteur important dans les efforts visant à favoriser le développement, à réduire la mortalité maternelle

et à promouvoir le bien-être et le développement social des femmes et des jeunes en Afrique. La période 1990-2013 a connu une croissance lente des indices de la planification familiale en Afrique, mais la période 2014 et au-delà offre une nouvelle possibilité de pousser les efforts pour accélérer la tendance. Le programme de développement durable proposé pour le développement du monde après 2014 est un bon point d'entrée, mais l'engagement politique est indispensable à la fois pour mettre en œuvre l'ordre du jour et aussi de privilégier la mise en œuvre des programmes de la planification familiale et du développement social en Afrique. Alors qu'on ne diminue pas l'importance des autres domaines du développement, il est prévisible que la planification familiale serait la pièce maîtresse de la croissance et de la planification du développement dans la région de l'Afrique dans les années qui viennent.

### Conflit d'intérêts

Aucun

### Références

1. L Alkema, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. Les taux et les tendances nationaux, régionaux et globaux de la prévalence de la contraception et les besoins non satisfaits de la planification familiale entre 1990 et 2013: une analyse systématique et compréhensive. *Lancet* 2013; 381: 1642-1652
2. Darroch JE, Singh S. Tendance des besoins de la contraception et leur utilisation dans les pays en développement en 2003, 2008 et 2013: une analyse des enquêtes nationales. *Lancet* 2013; 381: 1756-1762
3. Potts M, Graves A. De Grandes questions méritent des réponses audacieuses: la population et les changements climatiques dans le Sahel. *Afr J Rep Health* 2013 (septembre): 18: 3, 9-11.
4. Willard Cates Jr, Baker Maggwa. La planification familiale depuis la CIPD - dans quelle mesure avons-nous progressé? La CIPD au-delà de la Réunion d'experts de 2014 –sur les droits de la santé des femmes, l'autonomisation et les déterminants sociaux. 30th Septembre - 2 Octobre 2013 à Mexico.
5. Fondation Bill & Melinda Gates. Bureau de presse du DFID. Sommet Landmark met les femmes au cœur de l'agenda mondial de la santé (Communiqué de presse). Seattle, WA et Londres: la Fondation Bill & Melinda Gates et le DFID, 2012 Juillet 11 (disponible à l'adresse: <http://www.londonfamilyplanningsummit.co.uk/1530%20FINAL%20press%20release.pdf>).
6. Olatoregun Oluwaseun, Fagbamigbe Adeniyi Francis, Akinyemi Joshua Odunayo, Yusuf Oyindamola Bidemi et BAMGBOYE Elie Afolabi. Une analyse comparative des différences de fécondité au Ghana et au Nigeria. *Afr J Repr Santé* 2014; 18: 3, 36-47.
7. Kuang Bernice, John Ross et Elizabeth Leahy Madsen. Définir l'intensité de la motivation du besoin de la planification familiale. *Afr J Repr Health* 2014; 18: 3, 57-66.
8. Nakayiza Olivia, Robert Wamala et Betty Kwagala. Les déterminants de la préférence de la source des contraceptifs injectables chez les femmes rurales en Ouganda: Un cas de Depo-Provera. *Afr J Repr Santé* 2014; 18: 3, 48-56.
9. Gutin Sarah, Fatuma Namusoke, Starley B. Shade et Florence Mirembe. Les désirs de la fécondité et les intentions chez les femmes séropositives pour le VIH au cours de la période post-natale en Ouganda. *Afr J Repr Health* 2014; 18: 3, 67-77.
10. Groupe d'experts sur le Programme de développement d'après 2015. Un nouveau partenariat mondial: Eradiquer la pauvreté et transformer les économies à travers le développement durable. Consulté à l'adresse: <http://www.post2015hlp.org/featured/high-niveau-panel/>