

EDITORIAL

Contraception in Africa: Is the global 2030 milestone attainable?

Lorretta Ntoimo

DOI: 10.29063/ajrh2021/v25i3.1

Social Science Editor, AJRH; and Acting Head, Department of Demography and Social Statistics, Faculty of Social Sciences, Federal University Oye-Ekiti, Nigeria

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

The delivery and uptake of contraception remain major developmental challenges in Africa, especially among the most vulnerable women, youth, and adolescents. From the first population conference in Geneva in 1927¹ to the 1994 International Conference on Population and Development (ICPD) in Cairo^{2,3}, the importance of controlling human reproduction through contraception has featured prominently in all international discourses around sexual and reproductive health and rights. Countries that held the perspective that development is the best contraceptive at the 1974 Bucharest conference⁴ have since adopted positions that support contraception to advance the health and human rights of individuals to decide if, when, how many, and with whom to have children.

The Programme of Action of the ICPD^{2,5} includes a commitment to ensure that women and men have access to the widest possible range of safe and effective family planning methods to enable them to exercise free and informed choice while recognizing that appropriate methods for couples and individuals vary according to their age, parity, family-size preference, and other factors. Global commitments such as the Millennium Development Goals and the current Sustainable Development Goals (SDGs) have explicit targets to advance reproductive health through family planning. The SDGs, target 3.7 calls on countries “by 2030, to ensure universal access to sexual and reproductive health-care services, including for family planning, information and education, and the integration of reproductive health into national strategies and programmes”; with 3.7.1 specified as the indicator for the proportion of women who have their need for family planning satisfied by modern methods⁶.

Although there are still 270 million women who have an unmet need for family planning, these global commitments have positively impacted contraceptive use. Global unmet need for contraception has declined from 15% in 1990 to 12.6% in 2020, while contraceptive prevalence (modern methods) increased from 19% to 57% during the same period⁷. The proportion of women

whose need for family planning is satisfied with modern methods increased from 74% in 2000 to 77% in 2020⁷⁻⁹. However, Africa remains the region with the least percentage of women whose need for family planning is met with modern methods: (57.8%) compared to 77-83% in other regions. In sub-Saharan Africa, 23 countries have less than 50% of the family planning need satisfied with modern methods⁹. The modern contraceptive prevalence among women in union is also least in Africa (32.8% in 2020), and if the current scenario remains, Africa would not attain the 1980 prevalence in Europe, Latin America and the Caribbean, and Asia even by 2030⁷. With nine years to 2030, if countries in Africa would achieve universal access to modern contraception by all women who need it, governments in the region must begin to match commitments to family planning with adequate local funding¹⁰.

Family planning programmes in many African countries are vulnerable and unsustainable due to the heavy dependence on donor funding which is subject to shifts in commitments and policy priorities. Also, a more intensive tracking of existing family planning programmes with strong mechanisms to identify and address challenges and lacunas would be inevitable for accelerated progress towards achieving the global 2030 family planning milestone¹¹.

Given the link between family planning and other sexual and reproductive health indicators, a strive towards achieving the family planning target is critical for significant progress in the other sexual and reproductive health targets of SDG 3 as well as the attainment of the three zeros recently espoused by the UNFPA- zero preventable maternal mortality, zero unmet need for family planning, and zero gender-based violence and harmful practices¹². The daunting barriers to acceptance and uptake of modern contraceptives in the region can be tackled with strong political will and action towards addressing the fears of women and their partners about modern contraceptives and the socio-cultural drivers of desire for large family size.

The current edition of AJRH presents original research that illustrates some of the barriers and facilitators of contraceptive use in Africa. With a focus on assessing both the demand and supply factors associated with contraception, the authors investigated the challenge of sustainability of non-subsidized contraceptives in Kenya¹³; the determinants of awareness and use in South-Eastern Nigeria¹⁴; couples' characteristics, use of contraceptives, and the risk of unwanted pregnancy in Nigeria¹⁵; and the challenge of comprehensive sexuality education¹⁶; disclosure of HIV status to male partners¹⁷; and puberty rites in Cote D'Ivoire¹⁸. Although these papers are based on the results of formative and descriptive research, they provide strong evidence for the design of interventions needed to advance modern contraceptive prevalence in Africa. Indeed, this journal calls for implementation, intervention, and translational research that provides effective solutions and innovations for addressing the low contraceptive prevalence and high unmet need for contraception in the continent.

We conclude that the 2030 milestones for improved contraceptive uptake can be achieved in Africa if there is strong political will epitomized by increased indigenous funding and a desire by policymakers to address the multiple social, economic, and cultural factors that limit the use of contraception. Evidence generated through research can help this process through the identification of innovations that overcome the challenges, with systematic feedback to policy, industry, and programmatic efforts.

Conflict of interest

None.

References

1. Sanger M. Proceedings of the World Population Conference: Held at the Salle Centrale, Geneva, August 29th to September 3rd, 1974. E. Arnold; 1974.
2. United Nations. Report of the International Conference on Population and Development Cairo, 5-13 September 1994. United Nations; 1995.
3. United Nations. World Conference on Population. United Nations. Accessed June 13, 2021. <https://www.un.org/en/conferences/population/bucharest1974>
4. United Nations. Report of the United Nations World Population Conference, 1974 Bucharest, 19-30 August 1974.; 1975.
5. United Nations Population Fund. Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994.; 2004.
6. World Health Organization. World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals. World Health Organization; 2016.
7. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2020. United Nations; 2020.
8. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015.; 2015.
9. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Family Planning and the 2030 Agenda for Sustainable Development: Data Booklet.; 2019.
10. Starbird E, Norton M and Marcus R. Investing in family planning: key to achieving the sustainable development goals. *Global health: science and practice*. 2016;4(2):191-210.
11. Fabic MS, Choi Y, Bongaarts J, Darroch JE, Ross JA, Stover J, Tsui AO, Upadhyay J and Starbird E. Meeting demand for family planning within a generation: the post-2015 agenda. *The Lancet*. 2015;385(9981):1928-1931.
12. Butler J, Erken A, Hurskin I and Luchsinger G. Accelerating the Promise: Report on the Nairobi Summit on ICPD25. United Nations Population Fund; 2019.
13. Stephens PN and Alam S. Time series study of the sales of non-subsidised contraceptives in Kenya at times of public sector shortage – implications for future sustainability. *Afr J Reprod Health*, 2021; 25 (3): 14-20.
14. Ezenwaka U, Mbachu C, Okeke C, Agu I, Ezumah N and Onwujekwe O. Socio-demographic and economic determinants of awareness and use of contraceptives among adolescents in Ebonyi State, South-east, Nigeria. *Afr J Reprod Health*, 2021; 25 (3): 21-29
15. Amuka JI, Onyechi TG, Asogwa FO and Agu AO. Couples' Social Characteristics, Family Planning and Unwanted Pregnancy Risk: Evidence from two Nigerian Demographic and Health Surveys. *Afr J Reprod Health*, 2021; 25 (3): 51-59
16. Chawhanda C, Ogunlela T, Mapuroma R, Ojifinni O, Bwambale MF, Levin J and Ibisomi L. Comprehensive Sexuality Education in Six Southern African Countries: Perspectives from Learners and Teachers. *Afr J Reprod Health*, 2021; 25 (3): 60-71
17. Seroto ME and van Rensburg EJ. To disclose or not? Enabling pregnant women to disclose their HIV status to their male partners. *Afr J Reprod Health*, 2021; 25 (3): 30-40
18. Toure I. Culture, School Pregnancies and Society: Pubertal Rites in Côte d'Ivoire. *Afr J Reprod Health*, 2021; 25 (3): 41-50.

ÉDITORIAL

Contraception en Afrique: Le jalon mondial 2030 est-il atteignable?

DOI: 10.29063/ajrh2021/v25i3.1

Lorretta Ntoimo

Rédacteur en sciences sociales, AJRH; et chef par intérim, Département de démographie et de statistiques sociales, Faculté des sciences sociales, Université fédérale d'Oye-Ekiti, Nigéria

***Pour la Correspondance:** Courriel: *lorretta.ntoimo@fuoye.edu.ng*

La fourniture et l'utilisation de la contraception restent des défis majeurs pour le développement en Afrique, en particulier parmi les femmes, les jeunes et les adolescents les plus vulnérables. De la première conférence sur la population à Genève en 1927¹ à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994 au Caire^{2,3}, l'importance du contrôle de la reproduction humaine par la contraception a figuré en bonne place dans tous les discours internationaux sur la santé et les droits sexuels et reproductifs. Les pays qui pensaient que le développement est le meilleur contraceptif lors de la conférence de Bucarest en 1974 ont depuis adopté des positions qui soutiennent la contraception pour faire progresser la santé et les droits humains des individus pour décider si, quand, combien et avec qui avoir des enfants.

Le Programme d'action de la CIPD^{2,5} comprend un engagement à garantir que les femmes et les hommes ont accès à la gamme la plus large possible de méthodes de planification familiale sûres et efficaces pour leur permettre d'exercer un choix libre et éclairé tout en reconnaissant que les méthodes appropriées pour les couples et les individus varient en fonction de leur âge, de leur parité, de la préférence de taille de la famille et d'autres facteurs. Les engagements mondiaux tels que les objectifs du Millénaire pour le développement et les objectifs de développement durable (ODD) actuels ont des cibles explicites pour faire progresser la santé reproductive par le biais de la planification familiale. La cible 3.7 des ODD appelle les pays « d'ici 2030, à assurer l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive, y compris pour la planification familiale, l'information et l'éducation, et l'intégration de la santé reproductive dans les stratégies et programmes nationaux » ; avec 3.7.1 spécifié comme indicateur de la proportion de femmes dont le besoin de planification familiale est satisfait par des méthodes modernes⁶.

Bien qu'il y ait encore 270 millions de femmes qui ont un besoin non satisfait de planification familiale, ces engagements mondiaux ont eu un impact positif sur

l'utilisation de la contraception. Le besoin mondial non satisfait de contraception est passé de 15 % en 1990 à 12,6 % en 2020, tandis que la prévalence contraceptive (méthodes modernes) est passée de 19 % à 57 % au cours de la même période⁷. La proportion de femmes dont le besoin de planification familiale est satisfait par des méthodes modernes est passée de 74 % en 2000 à 77 % en 2020^{7,9}. Cependant, l'Afrique reste la région avec le plus faible pourcentage de femmes dont le besoin de planification familiale est satisfait par des méthodes modernes : (57,8 %) contre 77 à 83 % dans les autres régions. En Afrique subsaharienne, 23 pays ont moins de 50 % des besoins de planification familiale satisfaits par des méthodes modernes⁹. La prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union est également la plus faible en Afrique (32,8% en 2020), et si le scénario actuel se maintient, l'Afrique n'atteindrait pas la prévalence de 1980 en Europe, en Amérique latine et dans les Caraïbes et en Asie, même d'ici 2030⁷. À neuf ans d'ici 2030, si les pays africains parvenaient à un accès universel à la contraception moderne pour toutes les femmes qui en ont besoin, les gouvernements de la région doivent commencer à faire correspondre les engagements envers la planification familiale avec un financement local adéquat¹⁰. Les programmes de planification familiale dans de nombreux pays africains sont vulnérables et non viables en raison de la forte dépendance vis-à-vis du financement des donateurs qui est soumis à des changements dans les engagements et les priorités politiques. En outre, un suivi plus intensif des programmes de planification familiale existants avec des mécanismes solides pour identifier et relever les défis et les lacunes serait inévitable pour accélérer les progrès vers la réalisation de l'étape mondiale de la planification familiale à l'horizon 2030.

Compte tenu du lien entre la planification familiale et d'autres indicateurs de santé sexuelle et reproductive, un effort vers la réalisation de la cible de planification familiale est essentiel pour des progrès significatifs dans les autres cibles de santé sexuelle et reproductive de l'ODD 3 ainsi que l'atteinte des trois

zéros récemment adoptés par l'UNFPA : zéro mortalité maternelle évitable, zéro besoin non satisfait de planification familiale et zéro violence sexiste et pratiques néfastes¹². Les obstacles redoutables à l'acceptation et à l'adoption des contraceptifs modernes dans la région peuvent être surmontés avec une forte volonté politique et des actions visant à répondre aux craintes des femmes et de leurs partenaires concernant les contraceptifs modernes et les moteurs socioculturels du désir d'une famille nombreuse.

L'édition actuelle de l'AJRH présente des recherches originales qui illustrent certains des obstacles et des facilitateurs de l'utilisation de la contraception en Afrique. En mettant l'accent sur l'évaluation des facteurs de demande et d'offre associés à la contraception, les auteurs ont étudié le défi de la durabilité des contraceptifs non subventionnés au Kenya¹³ ; les déterminants de la sensibilisation et de l'utilisation dans le sud-est du Nigeria¹⁴ ; les caractéristiques des couples, l'utilisation de contraceptifs et le risque de grossesse non désirée au Nigeria¹⁵ ; et le défi d'une éducation sexuelle complète¹⁶ ; divulgation de la séropositivité aux partenaires masculins¹⁷ ; et les rites de la puberté en Côte d'Ivoire⁸. Bien que ces articles soient basés sur les résultats de la recherche formative et descriptive, ils fournissent des preuves solides pour la conception des interventions nécessaires pour faire progresser la prévalence contraceptive moderne en Afrique. En effet, cette revue appelle à la mise en œuvre, à l'intervention et à la recherche translationnelle qui fournissent des solutions et des innovations efficaces pour répondre à la faible prévalence contraceptive et aux besoins élevés de contraception non satisfaites sur le continent.

Nous concluons que les jalons de 2030 pour une meilleure utilisation des contraceptifs peuvent être atteints en Afrique s'il existe une forte volonté politique incarnée par un financement autochtone accru et un désir des décideurs politiques de s'attaquer aux multiples facteurs sociaux, économiques et culturels qui limitent l'utilisation de la contraception. Les preuves générées par la recherche peuvent aider ce processus grâce à l'identification d'innovations qui surmontent les défis, avec un retour d'information systématique aux efforts politiques, industriels et programmatiques.

Conflits d'intérêts

Aucun

Références

1. Sanger M. Actes de la Conférence mondiale sur la population : tenue à la Salle Centrale, Genève, du 29 août au 3 septembre 1927. E. Arnold ; 1927.
2. Nations Unies. Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement Le Caire, 5-13 septembre 1994. Nations Unies ; 1995.
3. Nations Unies. Conférence mondiale sur la population. Les Nations Unies. Consulté le 13 juin 2021. <https://www.un.org/en/conferences/population/bucharest1974>
4. Nations Unies. Rapport de la Conférence mondiale des Nations Unies sur la population, 1974 Bucarest, 19-30 août 1974.; 1975.
5. Fonds des Nations Unies pour la population. Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994.; 2004.
6. Organisation mondiale de la santé. Statistiques sanitaires mondiales 2016 : Suivi de la santé pour les ODD, Objectifs de développement durable. Organisation mondiale de la santé; 2016.
7. Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population. Estimations et projections des indicateurs de planification familiale 2020. Nations Unies ; 2020.
8. Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population. Tendances de l'utilisation des contraceptifs dans le monde 2015. ; 2015.
9. Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population. Planification familiale et programme de développement durable à l'horizon 2030 : livret de données ; 2019.
10. Starbird E, Norton M et Marcus R. Investir dans la planification familiale : clé pour atteindre les objectifs de développement durable. Santé mondiale : science et pratique. 2016;4(2):191-210.
11. Fabric MS, Choi Y, Bongaarts J, Darroch JE, Ross JA, Stover J, Tsui AO, Upadhyay J et Starbird E. Répondre à la demande de planification familiale en une génération : l'agenda post-2015. La Lancette. 2015;385(9981):1928-1931.
12. Butler J, Erken A, Hurskin I et Luchsinger G. Accelerating the Promise: Report on the Nairobi Summit on ICPD25. Fonds des Nations Unies pour la population; 2019.
13. Stephens PN et Alam S. Étude de séries chronologiques sur les ventes de contraceptifs non subventionnés au Kenya en période de pénurie du secteur public – implications pour la durabilité future. Afr J Reprod Health, 2021; 25 (3): 14-20.
14. Ezenwaka U, Mbachu C, Okeke C, Agu I, Ezumah N et Onwujekwe O. Déterminants socio-démographiques et économiques de la sensibilisation et de l'utilisation des contraceptifs chez les adolescents dans l'État d'Ebonyi, sud-est, Nigéria. Afr J Reprod Health, 2021; 25 (3) : 21-29.
15. Amuka JI, Onyechi TG, Asogwa FO et Agu AO. Caractéristiques sociales des couples, planification familiale et risque de grossesse non désirée : données issues de deux enquêtes démographiques et de santé nigérianes. Afr J Reprod Health, 2021; 25 (3): 51-59.

16. Chawhanda C, Ogunlela T, Mapuroma R, Ojifinni O, Bwambale MF, Levin J et Ibisomi L. Éducation sexuelle complète dans six pays d'Afrique australe : perspectives des apprenants et des enseignants. *Afr J Reprod Health*, 2021; 25 (3) : 60-71.
17. Seroto ME et van Rensburg EJ. Divulguer ou non ? Permettre aux femmes enceintes de révéler leur statut VIH à leurs partenaires masculins. *Afr J Reprod Health*, 2021; 25 (3): 30-40.
18. Touré I. Culture, grossesses scolaires et société : rites pubertaires en Côte d'Ivoire. *Afr J Reprod Health*, 2021; 25 (3): 41-50.