

## EDITORIAL

# Overcoming Family Planning Challenges in Africa: Toward Meeting Unmet Need and Scaling Up Service Delivery

DOI: 10.29063/ajrh2018/v22i1.1

*Andrzej Kulczycki*

Department of Health Care Organization & Policy, University of Alabama at Birmingham (UAB), USA

**\*For Correspondence:** Email: [andrzej@uab.edu](mailto:andrzej@uab.edu)

Expanding access to family planning and addressing unmet needs for contraception are key goals for improving reproductive health. Poor access to family planning is associated with unintended pregnancies and poorer maternal and newborn outcomes, including abortion-related morbidity and mortality<sup>1</sup>. Addressing unmet need helps increase contraceptive use and reduces unintended pregnancies, leading to improved health outcomes and broad social and economic benefits for women, their families and societies. Unmet need reflects gaps in both demand and supply of contraceptive services. The challenges posed are greater in low- and middle-income countries (LMICs), especially in sub-Saharan Africa (SSA)<sup>2</sup>. Progress to reduce unmet need remains slow and more effective ways are required to expand family planning care on a larger scale.

### ***Unmet need for family planning***

Unmet need refers to the percentage of sexually active, fecund women who want no more children or to postpone having their next child, but who are not using contraception. It is an important indicator used for tracking progress, measured using an algorithm based on a set of standardized survey questions<sup>3,4</sup>. Traditional method users tend to have high failure rates and are considered to have an unmet need for a more effective method, lowering the percentage of demand for family planning satisfied with modern contraceptive methods.

Unmet need is also an important measure for advocacy and planning. Over 1990-2010, global contraceptive prevalence increased from 55% to 63% and unmet need for family planning decreased from 15% to 12%<sup>5</sup>. However, the number of women of reproductive age is still large and growing in many regions. In developing regions, about 214 million women of reproductive age (15-49) were estimated to have an unmet need for modern contraception in 2017, accounting for 84% of all unintended pregnancies<sup>6</sup>.

Gaps in meeting women's needs persist especially among the poor, young, less educated and underserved with high fertility preferences. The level of unmet need is highest (21%) in sub-Saharan Africa and is 25% or higher in middle and western Africa, where the values estimated for 2010 were nearly identical to those in 1990<sup>5</sup>.

### ***Changes in the African family planning context***

Although the future course of the SSA fertility transition is uncertain, it is becoming more heterogeneous as demand for family planning grows in more areas<sup>7</sup>. Family planning programs remain fragile and still require supportive political leadership, particularly in middle and western African countries<sup>8</sup>. In East Africa, Rwanda, Malawi and Ethiopia have recently achieved impressive progress, as did South Africa and Mozambique earlier. In Rwanda and Malawi, contraceptive prevalence rates now exceed 50% (over twice the SSA average) and more men than women want no more children, showing the impact of efforts to convince men of the benefits of family planning. In Francophone Africa, both Senegal and Burkina Faso have seen modest increases in contraceptive uptake, as have Mozambique, Kenya and Uganda in East Africa<sup>9</sup>. Other SSA countries can achieve similar success, despite facing comparable developmental challenges.

Much of this recent progress is due to political leaders showing increased commitment and advocacy of family planning as health and development priorities<sup>10</sup>. Local and international champions have included family planning associations and donors, spurred on by the 2012 London Summit that mustered more resources to fund family planning services. Strong community involvement has aided service expansion, improving the demand and supply of contraception. Community provision of injectable contraceptives has led to their rapid emergence as

SSA's most popular method<sup>11</sup>. Smaller family size ideals are taking hold in more countries, especially in cities, alongside growing acceptability of modern contraceptives. There are more initiatives to improve and expand services for underserved groups such as adolescents, post-partum and post-abortion women, although these often face resistance with little headway made to integrate family planning with other reproductive, maternal, newborn and child health services.

### ***Limited progress in middle and West Africa***

Nigeria illustrates the acute obstacles to addressing unmet need still to overcome. SSA's most populous country remains at the start of its contraceptive transition. Patriarchal and pronatalist views are dominant; political will to promote family planning is lacking; and health services are limited. In 2012, only 10% of married women aged 15-49 used modern contraception and over 90% of non-users did not discuss family planning with any health worker<sup>12-13</sup>. Demographic and Health survey responses across Africa document pervasive problems of poor spousal communication; family, community and religious opposition to use, reinforced by misinformation; a range of health concerns and feared side-effects; and access constraints, including limited method choice and poor counseling.

The Nigerian Urban Reproductive Health Initiative (NURHI), a multi-component program in six large cities, achieved a 10% increase in modern method use over 2010-14 and reduced fertility preferences<sup>14</sup>. It used demand generation activities (better messaging, training of providers needing behavior change, discussions with religious leaders) and improved access at health clinics and service delivery (with 'mini-makeovers' of clinic facilities and supply chain problems minimized). However, the sustainability of the changes in contraceptive use and fertility desires are uncertain, with scale-up activities not clearly built in and more attention to strengthening health systems desirable.

### ***Strengthening family planning programs and health systems***

Family planning programs reach targets more quickly and efficiently if they have embedded community-based components linked to the core health system building blocks and functions<sup>15-16</sup>. This calls for activities such as developing more effective leadership and partnerships at all levels, building more responsive

financing strategies, task-shifting and strengthening community health worker teams, building follow-up and streamlining supply systems, implementation research, and an equity-based focus on reaching more disadvantaged groups. These activities and wish lists are difficult to realize. For example, regular healthcare providers, including some clinicians, often feel threatened by shifting tasks to trained paramedical workers<sup>17</sup> who themselves may be unable to meet their increased demands unless program managers tackle health workforce shortages, develop guidelines and supervisory practices, and assure fair wages, incentives and suitable work environments<sup>18</sup>.

Well-managed attempts to strengthen community health systems can overcome such barriers. In Ethiopia, renewed political will helped generate an enabling policy and program environment to build a community-based health program integrated within the health system, with female health extension workers deployed throughout the country to spread family planning and achieve universal coverage of primary health care (PHC)<sup>10,19</sup>. Government and development partners committed increased financial and technical resources, while sustained advocacy further helped overcome contextual barriers and strengthened family planning agencies and providers. Earlier, Ghana became the second SSA country to develop a population policy, but this remained dormant until the turn of the century. Ghana then re-oriented PHC from sub-district health centers to community locations through its Community-based Health Planning and Services (CHPS) initiative, designed to improve PHC accessibility nationally. The CHPS was grounded in evidence from the Navrongo experiment for better family planning and child health services in the country's most impoverished and remote region<sup>20</sup>. This provided critical locally generated evidence showing that simple, low-cost services that engaged the community could significantly reduce fertility and child mortality, enabling onward scale up<sup>21</sup>.

### ***Scaling up family planning service delivery***

The rise in international aid to fund large-scale global health programs catalysed interest in improving scale-up among global health donors and researchers<sup>22</sup>. Effective research and advocacy is also needed to build the case locally for scale up, as borne out by simulation-based projections for South Africa. Over 2015-30, an estimated 0.68% annual increase in contraceptive prevalence would result in 20% fewer unintended pregnancies, abortions and births, averting 7,000 newborn and child deaths and 600 maternal

deaths. These gains would cost \$7 annually per user of modern contraception (or <0.5% of the 2014 national health budget), underlining intervention impact and cost-effectiveness<sup>23</sup>.

Scale up has become a widely used term, but it is often loosely applied. Systematic guidance is now available on sustainable scale-up practices<sup>24-27</sup>. Perhaps the best known is the ExpandNet-WHO framework which defines scale up as “deliberate efforts to increase the impact of health service innovations, successfully tested in pilot or experimental projects, to benefit more people and to foster policy and programme development on a lasting basis”<sup>24</sup>. However, scale up does not follow a simple linear process and is not an exact science; it is also a craft<sup>28</sup>. It is context-specific with important variables including the role of the organizational structure and institutional, political, economic and socio-cultural constraints.

Scale up calls for developing a strategy formulated from best practices and applied to the most efficient scale, and then requires adapting innovations to different environments. Internationally-accepted best practices and case studies do not provide detailed operational plans on how to translate service access or quality of care into another context, but a review of the conceptual literature and interviews with implementation experts indicates some common success factors for scaling up. These include choosing a simple, technically sound intervention widely agreed to be valuable, strong leadership and governance, active engagement of a range of local implementers and other stakeholders including from the target community, adopting an integrated approach to scale up, tailoring it to the local situation, and decentralizing delivery<sup>27</sup>.

### *Are we getting there?*

The Ghanaian example shows the potential for scaling up promising initiatives in community-based family planning services, as well as risks to their derailment and opportunities for renewal. The initial rapid CHPS scale-up unexpectedly slowed nationally as the focus drifted from evidence-based, people-centered programming and away from community engagement, and as district-level management capacity became neglected in favor of clinic-based services. In 2007, the focus shifted back to community health systems strengthening, with expanded community health worker roles and enhanced skills, improved service quality, rigorous implementation research, district leadership development and support, and community engagement<sup>29</sup>. A phased systems development model led to more successful scale up<sup>30</sup>. This comprised formative research to develop strategy, micro-

implementation research to show impact and the basis for scale-up at district level, and replication work on a progressively larger scale<sup>31</sup>. This helped strengthen the evidence base for family planning and other PHC services in Ghana, although their adoption by policymakers and politicians has not been straightforward.

Clearly, multiple factors can affect the course of efforts to expand quality family planning care on a larger scale in SSA. Despite available guidance, there are no blueprints and there is little consensus on how scale up should be done, how it should be measured, and ascertaining what are the drivers of success. Pressure to scale up before effectiveness is clearly established needs to be resisted, with additional socio-political concerns being the generation of political will, policy commitments at all levels, and country ownership, as well as paying careful consideration to the wider context. For example, the dominant narrative on the achievements noted in Ethiopia and Rwanda has narrowly engaged with the nature of their political systems that may not be suitable elsewhere<sup>32</sup>, calling for different ways to promote social consensus.

Some challenges to scaling up are common to health policy and systems research more generally. These include the field’s fragmentation, the dominance of a northern, biomedical research model and that of SSA (and other LMIC) domestic budgets favoring specialist, hospital-based tertiary care over PHC, and the lack of demand for health policy and systems research<sup>33</sup>. On the other hand, global advocacy for health policy and systems research and for the greater use of evidence in policy- and decision-making is growing as more countries seek to achieve universal health coverage now that it is more firmly on the global development agenda. This includes accessible, quality and equity-focused family planning.

The push for greater understanding and application of effective scale-up strategies would be easier to realize if projects and programs were designed with a scale up perspective from the outset. This requires greater focus on what the organizational sciences refer to as open-systems thinking (the interrelations between organizations and their larger socio-political and cultural context), as well as on incorporating research into implementation, or a process of ‘learning and doing’<sup>34</sup>. Presently, SSA countries have a weak capacity for implementation science, organizational change and systems research. Work is often fragmented, piecemeal and descriptive. This situation calls for a changed mindset. Scale up is a long-term process, a reality often overlooked by administrators and funders with short-term horizons.

## Conclusions

Family planning has long been neglected and poorly implemented in SSA, where the failure to develop a more comprehensive understanding of unmet need and a multi-component intervention package to address it continue to pose major developmental, health and rights challenges. More optimistically, awareness of the rationale for making family planning programs a higher priority to African health systems is increasing and several new regional success stories and implementation models have emerged. These indicate the potential for addressing unmet need and for scaling up family planning service delivery, despite the complexities involved and the added challenge of sustaining scaling up in the prevailing global economic environment. These would be easier to overcome if the research agenda gives more emphasis to scale up. Also, researchers will need to collaborate more with health planners to help outline and refine more successful implementation strategies in a given context.

## References

- Ahmed S, Li Q, Liu L and Tsui AO. Maternal deaths averted by contraceptive use: An analysis of 172 countries. *Lancet* 2012; 380(9837):111-25.
- Casterline JB and El-Zeini LO. Unmet need and fertility decline: A comparative perspective on prospects in sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning*, 45(2): 227-245.
- Bradley SEK and Casterline JB. Understanding unmet need: History, theory, and measurement. *Studies in Family Planning*, 45(2): 123-150.
- Track 20 [Internet]. Monitoring progress in family planning. Data sources and methodology for FP2020 core indicators — 2013. Glastonbury, CT: Avenir Health; 2014. Available from: [http://www.track20.org/pages/data/data\\_sources\\_and\\_methodology](http://www.track20.org/pages/data/data_sources_and_methodology) [accessed 14 January, 2018].
- Alkema L, Kantorova V, Menozzi C and Biddlecom A. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: A systematic and comprehensive analysis. *Lancet*, 381 (9878) (2013), pp. 1642-1652.
- Singh S, Darroch JE and Ashford LS. Adding it Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2017. New York: Guttmacher Institute and UNFPA. Available at: <https://www.guttmacher.org/factsheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017>, accessed 14 January, 2018.
- Mbacke C. The Persistence of High Fertility in sub-Saharan Africa: A Comment. *Population and Development Review* 2017; 43(Supplement): 330-337.
- May JF. The politics of family planning policies and programs in Sub-Saharan Africa. *Population and Development Review* 2017; 43(Supplement): 308-329.
- Cahill N, Sonneveldt E, Stover J, Weinberger M, Williamson J, Wei C, Brown W and Alkema L. Modern contraceptive use, unmet need, and demand satisfied among women of reproductive age who are married or in a union in the focus countries of the Family Planning 2020 initiative: a systematic analysis using the Family Planning Estimation Tool. *Lancet* 2018; 391(10123): 870-882.
- Murunga V, Musila NR, Oronje RN and Zulu EM. Africa on the move! The role of political will and commitment in improving access to family planning in Africa. Washington (DC): Woodrow Wilson Center; 2012. Available from: <http://www.wilsoncenter.org/sites/default/files/AFIDEP.pdf>, accessed 16 January, 2018.
- Stanback J and Miller R. Radical common sense: Community provision of injectable contraception in Africa. In Kulczycki, A. *Critical Issues in Reproductive Health*. Dordrecht and New York: Springer, 2014, pp. 307-327.
- Bamgboye EA and Ajayi I. Changing Patterns of unmet needs for family planning among women of reproductive age in Nigeria. *African Journal of Reproductive Health* 2016; 20(3): 127-135.
- National Population Commission and ICF International. Nigeria Demographic and Health Survey 2013. Abuja and Rockville: NPC and ICF International, 2014.
- Measurement, Learning and Evaluation Project Nigeria Team. Evaluation of the Nigerian urban Reproductive Health Initiative (NURHI) Program. *Studies in Family Planning* 2017; 48(3): 253- 268.
- WHO. Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007. Available at: [http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf) (accessed 20 February 2018). World Health Organization
- Naimoli JF, Saxena S, Laurel E Hatt LE, Kristina M Yarrow KM, Whites TM and Ifafore-Calfee T. 2017. Health system strengthening: prospects and threats for its sustainability on the global health policy agenda. *Health Policy and Planning*, 33, 2018, 85–98.
- Shelton JD, Angle MA and Jacobstein RA. Medical barriers to access to family planning. *Lancet* 1992; 340(8831):1334-5.
- George A, Rodriguez DC, Rasanathan K, Brandes N and Bennett S. iCCM policy analysis: Strategic contributions to understanding its character, design and scale up in sub-Saharan Africa. *Health Policy Plan* 2015; 30 (suppl2): ii3–ii11.
- Admassie A, Seid NA, May JF, Megquier S and Moreland S. The demographic dividend: An opportunity for Ethiopia's transformation. Washington, DC: Population Reference Bureau and Ethiopian Economics Association.
- Phillips JF, Bawah AA and Binka FN. Accelerating reproductive and child health programme impact with community-based services: The Navrongo experiment in Ghana. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(12): 949-955.
- Nyonator FK, Akosa AB, Awoonor-Williams, JK, Phillips JF and Jones TC. Scaling up experimental project success with the Community-based Health Planning and Services Initiative in Ghana. In Simmons R, Fajans P, Ghiron L, Eds. 2007. *Scaling up health service delivery: From pilot innovations to policies*. Geneva: World Health Organization, pp. 89-110.

22. Grollman C, Arregoces L, Martinez-Alvarez M, Pitt C, Mills A and Borghi J. 11 years of tracking aid to reproductive, maternal, newborn, and child health: Estimates and analysis for 2003-13 from the Countdown to 2015. *Lancet Glob Health* 2017, 5(1): e104-e114.
23. Chola L, McGee S, Tugendhaft A, Buchmann E and Hofman K. Scaling Up Family Planning to Reduce Maternal and Child Mortality: The Potential Costs and Benefits of Modern Contraceptive Use in South Africa. *PLoS One*. 2015 Jun 15;10(6):e0130077
24. WHO and ExpandNet. Practical guidance for scaling-up health service innovations. Geneva: World Health Organization; 2009.
25. WHO and ExpandNet. Beginning with the end in mind: Planning pilot projects and other programmatic research for successful scaling up. Geneva: WHO (World Health Organization); 2011.
26. Cooley L and Linn JF. Taking innovations to scale: Methods, applications and lessons. Washington DC: Results for Development Institute, 2014.
27. Yamey G. Scaling up global health interventions: A proposed framework for success. *PLoS Med* 2011; 8(6): e1001049.
28. Spicer N, Bhattacharya D, Dimka R, Fanta F, Mangham-Jefferies L, Schellenberg J, Tamire-Woldemariam A, Walt G and Wickremasinghe D. 'Scaling-up is a craft not a science': Catalysing scale-up of health innovations in Ethiopia, India and Nigeria. *Social Science & Medicine* 2014; 121:30-8.
29. Awoonor-Williams JF, BawahAA, Nyongator FK, Asuru R, Oduro A, Ofosu A and Phillips JF. The Ghana essential health interventions program: A plausibility trial of the impact of health systems strengthening on maternal & child survival. *BMC Health Serv Res* 2013; 12(Suppl2):S3.
30. Awoonor-Williams JF, Phillips JF and BawahAA. The application of embedded implementation science to developing community-based primary health care in Ghana. *Learning Health Systems*, 2017. 67-81
31. Phillips JF, Awoonor-Williams JF, Bawah AA, Nimako BA, Kanlisi N, Sheff MC, Jackson EF, Assuming PO, Kyei P and Biney A. What do you do with success? The science of scaling up some health systems strengthening intervention in Ghana. Unpublished manuscript, 2018.
32. Ostebo MT, Cogburn MD and Mandani AS. The silencing of political context in health research in Ethiopia: Why it should be a concern. *Health Policy and Planning* 2018; 33: 258–270.
33. WHO and Alliance for Health Policy and Systems Research. 2017. World Report on Health Policy and Systems Research. World Health Organization.
34. Peters DH, El-Saharty S and Janovsky K. From evidence to learning and action. In: Peters D, El-Saharty S, Siadat B, Janovsky K, Vujicic M, editors. *Improving Health Service Delivery in Developing Countries: From Evidence to Action*. Washington, DC: World Bank. 2009; pp. 277–296.

## ÉDITORIAL

# Surmonter les Défis de la Planification Familiale en Afrique: vers la Satisfaction des Besoins Non Satisfaits et L'augmentation de la Prestation des Services

DOI: 10.29063/ajrh2018/v22i1.1

*Andrzej Kulczycki*

Ministère de l'organisation et de la politique des soins de santé, Université d'Alabama à Birmingham (UAB)

**\*Pour la Correspondance:** Email: [andrzej@uab.edu](mailto:andrzej@uab.edu)

Augmenter l'accès à la planification familiale et répondre aux besoins non satisfaits en matière de la contraception sont des objectifs clés pour améliorer la santé de la reproduction. Un accès médiocre à la planification familiale est associé à des grossesses non désirées et à des résultats encore moins bons chez la mère et le nouveau-né, y compris la morbidité et la mortalité liées à l'avortement<sup>1</sup>. Répondre aux besoins non satisfaits aide à accroître l'utilisation des contraceptifs et à réduire les grossesses non désirées, ce qui améliore les résultats pour la santé et offre de grands avantages sociaux et économiques aux femmes, à leurs familles et à la société. Les besoins non satisfaits reflètent les lacunes de la demande et de l'offre des services de contraception. Les défis posés sont plus importants dans les pays à revenu faible et moyen (PRFM), en particulier en Afrique subsaharienne (ASS)<sup>2</sup>. Les progrès visant à réduire les besoins non satisfaits restent lents et des moyens plus efficaces sont nécessaires pour élaborer les soins de planification familiale à plus grande échelle.

### ***Besoin non satisfait de la planification familiale***

Le besoin non satisfait fait référence au pourcentage des femmes sexuellement actives et fécondes qui ne veulent plus d'enfants ou qui retardent le prochain enfant, mais qui n'utilisent pas de contraception. Il s'agit d'un indicateur important utilisé pour suivre les progrès, mesuré à l'aide d'un algorithme basé sur un ensemble de questions d'enquête normalisées<sup>3, 4</sup>. Les utilisateurs des méthodes traditionnelles tendent à avoir des taux d'échec élevés et sont considérés comme ayant un besoin non satisfait d'une méthode plus efficace, réduisant le pourcentage de la demande de planification familiale satisfaite par les méthodes modernes de contraception.

Le besoin non satisfait est également une mesure importante pour le plaidoyer et la planification.

Entre 1990 et 2010, la prévalence mondiale de la contraception est passée de 55% à 63% et le besoin non satisfait de planification familiale est passé de 15% à 12%<sup>5</sup>. Cependant, le nombre de femmes en âge de procréer est encore important et en croissance dans de nombreuses régions. Dans les régions en développement, environ 214 millions de femmes en âge de procréer (15-49 ans) avaient un besoin non satisfait de contraception moderne en 2017, soit 84% de toutes les grossesses non désirées<sup>6</sup>. Les lacunes dans la satisfaction des besoins des femmes persistent surtout chez les pauvres, les jeunes, les personnes moins éduquées et mal desservies avec des préférences élevées en matière de fécondité. Le niveau de besoins non satisfaits est le plus élevé (21%) en Afrique subsaharienne et de 25% ou plus en Afrique Centrale et Occidentale, où les valeurs estimées pour 2010 étaient presque identiques à celles de 1990<sup>5</sup>.

### ***Changements dans le contexte de la planification familiale en Afrique***

Bien que l'évolution future de la transition de la fécondité en ASS soit incertaine, elle devient plus hétérogène à mesure que la demande de planification familiale augmente dans un plus grand nombre de régions<sup>7</sup>. Les programmes de planification familiale restent fragiles et nécessitent toujours un leadership politique favorable, en particulier dans les pays d'Afrique Centrale et Occidentale<sup>8</sup>. En Afrique de l'Est, le Rwanda, le Malawi et l'Éthiopie ont récemment accompli des progrès impressionnants, tout comme l'Afrique du Sud et le Mozambique auparavant. Au Rwanda et au Malawi, les taux de prévalence contraceptive dépassent maintenant 50% (plus du double de la moyenne pour l'ASS) et plus d'hommes que de femmes ne veulent plus d'enfants; ce qui démontre l'impact des efforts pour convaincre les hommes des avantages de la planification familiale. En

Afrique francophone, le Sénégal et le Burkina Faso ont enregistré des augmentations modestes de l'utilisation des contraceptifs, tout comme le Mozambique, le Kenya et l'Ouganda en Afrique de l'Est<sup>9</sup>. D'autres pays d'ASS peuvent connaître le même succès, malgré des problèmes de développement comparables.

Une grande partie de ces progrès récents est due au fait que les dirigeants politiques ont montré un engagement et un plaidoyer accrus en faveur de la planification familiale en tant que priorités en matière de santé et de développement<sup>10</sup>. Les champions locaux et internationaux ont compris des associations de planification familiale et des donateurs, encouragés par le Sommet de Londres 2012 qui a rassemblé plus de ressources pour financer les services de planification familiale. La forte participation de la communauté a favorisé l'expansion du service, améliorant la demande et l'offre de contraception. La fourniture communautaire de contraceptifs injectables a conduit à leur émergence rapide en tant que méthode la plus populaire de l'ASS<sup>11</sup>. Des idéaux axés sur la taille des familles plus petites s'installent dans un plus grand nombre de pays, en particulier dans les villes, parallèlement à l'acceptabilité croissante des contraceptifs modernes. Il existe d'autres initiatives pour améliorer et élargir les services pour les groupes mal desservis tels que les adolescents, les femmes post-partum et post-avortement, bien qu'ils rencontrent souvent des résistances et que la planification familiale soit peu intégrée aux autres services de santé de la reproduction, maternelle, néonatale et infantile.

### ***Progrès limité en Afrique Centrale et Occidentale***

Le Nigéria illustre les obstacles importants à surmonter pour répondre aux besoins non satisfaits. Le pays le plus peuplé d'Afrique subsaharienne reste au début de sa transition contraceptive. Les opinions patriarcales et pronatalistes dominent, la volonté politique de promouvoir la planification familiale fait défaut et les services de santé sont limités. En 2012, seulement 10% des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans utilisaient une contraception moderne et plus de 90% des non-utilisatrices ne parlaient pas de planification familiale avec un agent de santé<sup>12-13</sup>. Les réponses de L'Enquête sur la démographie et la santé à travers l'Afrique documentent les problèmes omniprésents de mauvaise communication entre époux; l'opposition familiale, communautaire et religieuse à utiliser, renforcée par la désinformation; une gamme de problèmes de santé et les effets secondaires redoutés; les contraintes à l'accès, y compris le choix limité de la méthode ainsi que la mauvaise orientation. L'Initiative nigériane pour la santé en matière de procréation en milieu urbain

(INSMPMU), programme à composantes multiples dans six grandes villes, a augmenté de 10% l'utilisation des méthodes modernes en 2010-14 et réduit les préférences en matière de fécondité<sup>14</sup>. Elle a utilisé des activités génératrices de demande (meilleurs messages, formation des prestataires nécessitant un changement de comportement, discussions avec les chefs religieux) et amélioré l'accès aux dispensaires et la prestation de services (minimisation des «mini-transformations» des établissements cliniques et des problèmes de chaîne logistique). Cependant, la durabilité des changements dans l'utilisation des contraceptifs et les désirs de fertilité est incertaine, avec des activités d'intensification qui ne sont pas clairement intégrées et une plus grande attention au renforcement des systèmes de santé souhaitable.

### ***Renforcement des programmes de planification familiale et des systèmes de santé***

Les programmes de planification familiale atteignent les cibles plus rapidement et plus efficacement s'ils comportent des composantes communautaires intégrées liées aux éléments constitutifs et aux fonctions fondamentales du système de santé<sup>15,16</sup>. Ceci implique des activités telles que développer un leadership et des partenariats plus efficaces à tous les niveaux, développer des stratégies de financement plus réactives, changer les tâches et renforcer les équipes de travailleurs de santé communautaires, renforcer les systèmes d'approvisionnement, la recherche de mise en œuvre et l'équité qui visent à atteindre des groupes plus défavorisés. Ces activités et listes de souhaits sont difficiles à réaliser. Par exemple, les prestataires de soins réguliers, y compris certains cliniciens, se sentent souvent menacés en transférant des tâches à des travailleurs paramédicaux qualifiés<sup>17</sup> qui, eux-mêmes, sont incapables de répondre à leurs demandes accrues, sauf si les responsables des programmes peuvent régler les problèmes de manque de personnel, élaborer des lignes directrices, des pratiques de surveillance, assurer des salaires équitables, des primes et des environnements de travail convenables<sup>18</sup>. Des tentatives bien gérées de renforcement des systèmes de santé communautaires peuvent surmonter ces obstacles. En Éthiopie, une volonté politique renouvelée a contribué à créer un programme de santé communautaire intégré dans le système de santé, avec des agents de vulgarisation sanitaire déployés dans tout le pays pour diffuser la planification familiale et assurer une couverture universelle des soins de santé primaires (SSP)<sup>10,19</sup>. Le gouvernement et les partenaires de développement ont engagé des ressources financières et

techniques accrues, tandis qu'un plaidoyer soutenu a contribué à surmonter les obstacles contextuels et à renforcer les organismes et les fournisseurs de planification familiale. Plus tôt, le Ghana est devenu le deuxième pays d'Afrique subsaharienne à élaborer une politique démographique, mais celle-ci est restée inactive jusqu'au début du siècle. Le Ghana a ensuite réorienté les soins de santé primaires des centres de santé des sous-districts vers les sites communautaires grâce à son initiative de planification et de services de santé communautaire (PSSC), conçue pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé primaires à l'échelle nationale. La PSSC était fondée sur l'expérience de Navrongo pour de meilleurs services de planification familiale et de santé infantile dans la région la plus pauvre et la plus reculée du pays<sup>20</sup>. Cela a fourni des preuves essentielles produites localement montrant que des services simples et peu coûteux qui engageaient la communauté pouvaient réduire de manière significative la fécondité et la mortalité infantile, permettant une augmentation progressive de la population<sup>21</sup>.

### ***Augmenter l'échelle de prestation des services de planification familiale***

L'augmentation de l'aide internationale destinée à financer des programmes mondiaux de santé à grande échelle a suscité un intérêt pour l'amélioration de la mise à l'échelle des donateurs et des chercheurs dans le domaine de la santé mondiale<sup>22</sup>. Une recherche et un plaidoyer efficaces sont également nécessaires pour construire le cas localement en vue d'une mise à l'échelle, comme le prouvent les projections basées sur des simulations pour l'Afrique du Sud. En 2015-30, une augmentation annuelle estimée à 0,68% de la prévalence contraceptive entraînerait une réduction de 20% des grossesses non désirées, des avortements et des naissances, évitant ainsi 7 000 décès de nouveau-nés et d'enfants et 600 décès maternels. Ces gains coûteraient 7 dollars par an par utilisateur de contraception moderne (ou <0,5% du budget national de santé 2014), soulignant l'impact de l'intervention et la rentabilité<sup>23</sup>.

Augmenter à l'échelle est devenue un terme largement utilisé, mais il est souvent utilisé de façon imprécise. Des conseils systématiques sont maintenant disponibles sur les pratiques d'intensification durable<sup>24-27</sup>. Le plus connu est peut-être le cadre ExpandNet-OMS, qui définit l'augmentation à l'échelle comme «des efforts délibérés pour accroître l'impact des innovations des services de santé, testées avec succès dans des projets pilotes ou expérimentaux, afin de bénéficier à plus de personnes et de favoriser le

développement de politiques et de programmes à base durable"<sup>24</sup>. Cependant, l'augmentation à l'échelle ne suit pas un processus linéaire simple et n'est pas une science exacte; c'est aussi un métier<sup>28</sup>. Il est spécifique au contexte avec des variables importantes y compris le rôle de la structure organisationnelle et les contraintes institutionnelles, politiques, économiques et socioculturelles.

Les appels pour l'augmentation à l'échelle pour développer une stratégie formulée à partir des meilleures pratiques et appliquée à l'échelle la plus efficace, et nécessite ensuite une adaptation innovations aux environnements différents. Les meilleures pratiques et études de cas internationales ne fournissent pas de plans opérationnels détaillés sur la manière de traduire l'accès aux services ou la qualité des soins dans un autre contexte, mais un examen de la documentation conceptuelle et des entretiens avec les experts de mise en œuvre indiquent des facteurs communs de réussite. Il s'agit notamment de choisir une intervention simple et techniquement valable largement reconnue, un leadership et une gouvernance solides, l'engagement actif d'une gamme d'exécutants locaux et d'autres parties prenantes, y compris de la communauté cible, adoptant une approche intégrée pour l'adapter aux besoins locaux et décentraliser la livraison.

### ***Est-ce que nous y arrivons ?***

L'exemple ghanéen montre le potentiel d'intensification des initiatives prometteuses dans les services de planification familiale à base communautaire, ainsi que les risques de déraillement et les opportunités de renouvellement. L'augmentation à l'échelle rapide initiale de la PSSC a ralenti de façon inattendue à l'échelle nationale alors que l'accent était mis sur la programmation axée sur les personnes et l'engagement communautaire, et que la capacité de gestion au niveau du district était négligée au profit des services cliniques. En 2007, l'accent a été mis sur le renforcement des systèmes de santé communautaires, avec des rôles élargis de personnel de santé communautaire et des compétences améliorées, une qualité de service améliorée, une recherche rigoureuse sur la mise en œuvre, le développement et le soutien du leadership. Un modèle de développement des systèmes par étapes a permis une meilleure mise à l'échelle<sup>30</sup>. Cela comprenait une recherche formative pour développer une stratégie, une micro-mise en œuvre de la recherche pour montrer l'impact et la base pour une augmentation à l'échelle au niveau du district, et un travail de réplification sur une échelle progressivement plus grande<sup>31</sup>. Cela a contribué à renforcer la base

factuelle pour la planification familiale et les autres services de SSP au Ghana, bien que leur adoption par les décideurs et les politiciens n'ait pas été facile.

Il est clair que de multiples facteurs peuvent influencer le cours des efforts visant à étendre les soins de planification familiale de qualité à plus grande échelle en ASS. Malgré les conseils disponibles, il n'y a pas de plans et il y a peu de consensus sur la façon dont l'échelle devrait être mise en place, comment elle devrait être mesurée, et déterminer quels sont les moteurs de la réussite. Les pressions pour une intensification avant que l'efficacité ne soit clairement établie doivent être combattues, les préoccupations socio-politiques supplémentaires étant la volonté politique, les engagements politiques à tous les niveaux et l'appropriation par le pays, tout en prêtant attention au contexte plus large. Par exemple, le récit dominant sur les réalisations remarquées en Éthiopie et au Rwanda a été étroitement lié à la nature de leurs systèmes politiques qui ne conviendraient peut-être pas ailleurs<sup>32</sup>, appelant à des moyens différents de promouvoir le consensus social.

Certains défis à l'augmentation à l'échelle sont communs à la politique de santé et à la recherche sur les systèmes plus généralement. Ceux-ci comprennent la fragmentation du champ, la prédominance d'un modèle de recherche biomédicale nordique et celui des budgets domestiques d'ASS (et autres PRFI) favorisant les soins tertiaires spécialisés et hospitaliers par rapport aux SSP et l'absence de demande de politiques et de systèmes de santé<sup>33</sup>. D'autre part, le plaidoyer mondial pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé et pour une plus grande utilisation des données probantes dans les politiques et les décisions prend de l'ampleur. Cela comprend une planification familiale accessible, de qualité et axée sur l'équité.

La pression pour une meilleure compréhension et application des stratégies d'augmentation à l'échelle efficaces serait plus facile à réaliser si les projets et les programmes étaient conçus dès le départ avec une perspective d'extension. Cela fait appel à une concentration davantage sur ce que les sciences organisationnelles considèrent comme des systèmes ouverts (les interrelations entre les organisations et leur contexte sociopolitique et culturel plus large), ainsi que sur l'intégration de la recherche dans la mise en œuvre ou un processus d'apprentissage et de mise en œuvre. À l'heure actuelle, les pays d'ASS ont une faible capacité de mise en œuvre scientifique, de changement organisationnel et de recherche sur les systèmes. Le travail est souvent fragmenté, fragmentaire et descriptif. Cette situation fait appel à une modification de mentalité. La mise à l'échelle est un processus à long

terme, une réalité souvent négligée par les administrateurs et les bailleurs de fonds ayant des horizons à court terme.

## Conclusions

La planification familiale a longtemps été négligée et mal appliquée en ASS, où l'échec à développer une compréhension totale de besoins non-satisfaits et un ensemble de mesures d'intervention multi-composantes pour y remédier, continuent de poser d'importants défis au niveau du développement, de la santé et des droits. De manière plus optimiste, la prise de conscience des raisons qui poussent les programmes de planification familiale à accorder une plus grande priorité aux systèmes de santé africains est en augmentation et plusieurs nouveaux succès régionaux et modèles de mise en œuvre sont apparus. Ils indiquent la possibilité de répondre aux besoins non satisfaits et d'intensifier la prestation des services de planification familiale malgré les complexités et le défi supplémentaire de la pérennisation de l'environnement économique mondial. Ceux-ci seraient plus faciles à surmonter si le programme de recherche mettait davantage l'accent sur la mise à l'échelle. En outre, les chercheurs devraient collaborer davantage avec les planificateurs de la santé pour aider à définir et à affiner les stratégies de mise en œuvre les plus réussies dans un contexte donné.

## Références

1. Ahmed S, Li Q, Liu L et Tsui AO. Décès maternels avertis par l'utilisation de la contraception : une analyse de 172 pays. *Lancet* 2012; 380 (9837): 111-25.
2. Casterline JB et El-Zeini LO. Besoins non satisfaits et baisse de la fécondité: une perspective comparative des perspectives en Afrique subsaharienne. *Studies in Family Planning*, 45 (2): 227-245.
3. Bradley SEK et Casterline JB. Comprendre les besoins non satisfaits: histoire, théorie et mesure. *Studies in Family Planning*, 45 (2): 123-150.
4. Piste 20 [Internet]. Suivre les progrès de la planification familiale. Sources de données et méthodologie pour les indicateurs de base de FP2020 - 2013. Glastonbury, CT: *Avenir Health*; 2014. Disponible sur: [http://www.track20.org/pages/data/data\\_sources\\_and\\_methodology](http://www.track20.org/pages/data/data_sources_and_methodology) [consulté le 14 janvier 2018].
5. Alkema L, Kantorova V, Menozzi C et Biddlecom A. Taux et tendances nationaux, régionaux et mondiaux de la prévalence contraceptive et des besoins non satisfaits en matière de planification familiale entre 1990 et 2015: Une analyse systématique et complète. *Lancet*, 381 (9878) (2013), pages 1642-1652.
6. Singh S, Darroch JE et Ashford LS. Adding it Up: Les coûts et les avantages de l'investissement dans la santé sexuelle et reproductive 2017. New York: Institut Guttmacher et UNFPA. Disponible à: <https://www.guttmacher.org/fact->

- sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017, consulté le 14 janvier 2018.
7. Mbacke C. La persistance de la forte fécondité en Afrique subsaharienne: un commentaire. *Population and Development Review* 2017; 43 (Supplément): 330-337
  8. Mai JF. La politique des politiques et programmes de planification familiale en Afrique subsaharienne. *Population and Development Review* 2017; 43 (Supplément): 308-329.
  9. Cahill N, Sonneveldt E, Stover J, Weinberger M, Williamson J, Wei C, Brown W et Alkema L. Usage contraceptif moderne, besoins non satisfaits et demande satisfaite chez les femmes en âge de procréer qui sont mariées ou en union dans les pays cibles de l'initiative Planification familiale 2020: une analyse systématique à l'aide de l'outil d'estimation de la planification familiale. *Lancet* 2018; 391 (10123): 870-882,
  10. Murunga V, RN de Musila, Oronje RN et Zulu EM. L'Afrique en mouvement! Le rôle de la volonté politique et de l'engagement pour améliorer l'accès à la planification familiale en Afrique. Washington (DC): Centre Woodrow Wilson; 2012. Disponible sur: <http://www.wilsoncenter.org/sites/default/files/AFIDEP.pdf>, consulté le 16 janvier 2018.
  11. Stanback J et Miller R. Radical sens commun: Fourniture communautaire de contraception injectable en Afrique. Dans Kulczycki, A. *Problèmes critiques en matière de santé génésique*. Dordrecht et New York: Springer, 2014, pp. 307-327.
  12. Bamgboye EA et Ajayi I. Changement de modèles de besoins non satisfaits pour la planification familiale chez les femmes en âge de procréer au Nigeria. *African Journal of Reproductive Health* 2016; 20 (3): 127-135,
  13. Commission nationale de la population et ICF International. *Enquête Démographique et de Santé du Nigeria 2013*. Abuja et Rockville: NPC et ICF International, 2014.
  14. Projet de mesure, d'apprentissage et d'évaluation de l'équipe du Nigeria. Évaluation du programme de l'Initiative nigérienne pour la santé en matière de reproduction (NURHI). *Études en planification familiale* 2017; 48 (3): 253-268.
  15. OMS. L'affaire de tous: Renforcer les systèmes de santé pour améliorer les résultats de santé. Le cadre d'action de l'OMS. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2007. Disponible sur: [http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf) (consulté le 20 février 2018). Organisation mondiale de la santé (16). Naimoli JF, Saxena S, Laurel E Hatt LE, Kristina M Yarrow KM, Whites TM v Ifafore-Calfee T. 2017. Renforcement du système de santé: perspectives et menaces pour sa durabilité sur l'agenda de la politique de santé mondiale. *Politique et planification de la santé*, 33, 2018, 85-98.
  17. Shelton JD, Angle MA et Jacobstein RA. Obstacles médicaux à l'accès à la planification familiale. *Lancet* 1992; 340 (8831): 1334-5,
  18. George A, Rodriguez DC, Rasanathan K, Brandes N et Bennett S. Analyse de la politique de l'iCCM: contributions stratégiques pour comprendre son caractère, sa conception et son expansion en Afrique subsaharienne. *Plan de politique de santé* 2015; 30 (suppl2): ii3-ii11.
  19. Admassie A, Seid NA, Mai JF, Megquier S et Moreland S. Le dividende démographique: une opportunité pour la transformation de l'Éthiopie. Washington, DC: Population Reference Bureau et Ethiopian Economics Association.
  20. Phillips JF, Bawah AA et Binka FN. Accélérer l'impact du programme de santé de la reproduction et infantile avec les services communautaires: l'expérience de Navrongo au Ghana. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 84 (12): 949-955.
  21. Nyongator FK, Akosa AB, Awoonor-Williams, JK, Phillips JF et Jones TC. Étendre le succès expérimental des projets avec l'Initiative de planification et de services de santé à base communautaire au Ghana. Dans Simmons R, Fajans P, Ghiron L, Eds. 2007. *Mise à niveau de la prestation de services de santé: des innovations pilotes aux politiques*. Genève: Organisation mondiale de la Santé, pp. 89-110.
  22. Grollman C, Arregoces L, Martinez-Alvarez M, Pitt C, Moulins A et Borghi J. 11 ans d'aide au suivi de santé de la reproduction, maternelle, néonatale et infantile: Estimations et analyses pour 2003-13 du compte à rebours jusqu'en 2015. *Lancet Glob Health* 2017 5 (1): e104-e114.
  23. Chola L, McGee S, Tugendhaft A, Buchmann E et Hofman K. ScalingUp Planification familiale pour réduire la mortalité maternelle et infantile: les coûts potentiels et les avantages de l'utilisation de contraceptifs modernes en Afrique du Sud. *PLoS One*. 2015 juin 15; 10 (6): e0130077
  24. OMS et ExpandNet. *Conseils pratiques pour l'extension des innovations des services de santé*. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2009.
  25. OMS et ExpandNet. *En commençant par la fin: Planification de projets pilotes et d'autres recherches programmatiques pour une mise à l'échelle réussie*. Genève: OMS (Organisation mondiale de la santé); 2011.
  26. Cooley L et Linn JF. *Prendre les innovations à l'échelle: Méthodes, applications et leçons*. Washington DC: Résultats pour l'Institut de développement, 2014.
  27. Yamey G. Mettre à l'échelle les interventions sanitaires mondiales: un cadre proposé pour le succès. *PLoS Med* 2011; 8 (6): e1001049.
  28. Spicer N, Bhattacharya D, Dimka R, Fanta F, Mangham-Jefferies L, J Schellenberg, Tamire-Woldemariam A, Walt G et Wickremasinghe D. «La mise à l'échelle est un métier et non une science»: Catalyser la mise à l'échelle des innovations en santé en Éthiopie, en Inde et au Nigeria. *Sciences sociales et médecine* 2014; 121: 30-8.
  29. Awoonor-Williams JF, Bawah AA, Nyongator FK, Asuru R, Oduro A, Ofosu A et Phillips JF. Le programme d'interventions essentielles en santé du Ghana: Un essai de vraisemblance de l'impact du renforcement des systèmes de santé sur la survie de la mère et de l'enfant. *BMC Health Serv Res* 2013; 12 (Suppl2): S3.
  30. Awoonor-Williams JF, Phillips JF et Bawah AA. L'application de la science de la mise en œuvre intégrée au développement des soins de santé primaires communautaires au Ghana. *Learning Health Systems*, 2017. 67-81
  31. Phillips JF, Awoonor-Williams JF, Bawah AA, et al. Que faites-vous avec le succès? La science de l'intensification de certaines interventions de renforcement des systèmes de santé au Ghana. Manuscrit non publié, 2018.
  32. Ostebo MT, Cogburn MD et Mandani AS. Le silence du contexte politique dans la recherche en santé en Éthiopie: Pourquoi cela devrait-il être une préoccupation? *Politique de la santé et planification* 2018; 33: 258-270,
  33. OMS et Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé. 2017. Rapport mondial sur la recherche en matière de politiques et de systèmes de santé. Organisation mondiale de la santé.

34. Peters DH, El-Saharty S et Janovsky K. De la preuve à l'apprentissage et à l'action. Dans: Peters D, S El-Saharty, Siadat B, Janovsky K, Vujicic M, éditeurs. *Améliorer la*

*prestation des services de santé dans les pays en développement: de la preuve à l'action.* Washington, DC: Banque mondiale. 2009; pp. 277-296..