

EDITORIAL

Prioritising policies and agenda setting in reproductive health

DOI: 10.29063/ajrh2023/v27i6.1

Lindsay Edouard

Editor, African Journal of Reproductive Health; Blue Bay, Mauritius

***For Correspondence:** Email: *soranae@gmail.com*

Like beauty, priorities are in the eyes of the beholder. Despite various attempts for seeking objective approaches to policy formulation, priority setting remains largely subjective and, most unfortunately, all too often tainted with either political pressure or historical considerations. Whereas individuals would consider their personal disease as the top priority with great expectations for access to all appropriate interventions, it is imperative to adopt a population-wide perspective for the wise utilisation of limited public resources: effectiveness of interventions and efficiency of services besides collaboration, specially intersectoral, are primordial.

Advocacy

Health professionals have the duty to inform public discussions by providing factual information specially to overcome the spread of fake news and to support resource mobilisation for service provision. Public debates and legal battles, on so-called moral concerns, regularly threaten certain aspects of reproductive health services specially as pertaining to sexuality and conception: contraception, abortion and assisted reproduction¹. As restrictive policies for access to those services are detrimental to women health, reproductive health practitioners should promote a scientific approach for informed decision-making.

Evidence-based approach

The mere high prevalence of, or mortality and morbidity from, a disease cannot in itself justify its prioritisation in service delivery: instead, there must be evidence of the effectiveness of the proposed intervention. This aspect is even more important for prevention, such as screening, in view of the implications for large numbers of healthy people with the associated huge resource needs besides unexpected morbidity.

Unlike many other disciplines, outcomes in maternal health and numerous other components of

reproductive health can be observed relatively soon after an intervention thereby facilitating evaluation in the search for appropriate approaches. Originally limited to quantitative techniques, the evidence-based approach was subsequently complemented by certain considerations of a qualitative nature such as the acceptability of proposed interventions. It has been successfully applied to the selection of essential medicines² but care is needed to prevent political interference from overriding expert decisions: in 2005, the technical recommendation for the inclusion of abortifacient drugs in the WHO List of Essential Medicines was challenged for moralistic motives, albeit unsuccessfully³.

Risk assessment

Whereas relative risk, as represented by the odds ratio, is widely used to assess individual risk, the concept of population attributable risk is less known: the incorporation of the prevalence of the risk factor enables a quantitative estimate of the importance of the latter towards an unwanted outcome. In the 1980s, the application of this risk approach in maternal and child health led to the justification of family planning programmes on the basis of risk from maternal age and parity for improving maternal and infant mortality⁴.

Rights-based programming

Discourses on human rights led to extensive analyses of sexual and reproductive rights during intergovernmental conferences on population and development. The promotion of those rights during policy formulation for health care delivery was facilitated by the availability of manuals specially produced to improve access to services by disadvantaged groups such as the poor and adolescents. The introduction of a wide range of contraceptive products in the 2007 WHO List of Essential Medicines was justified largely through the

recognition of individual choice as an essential element of sexual rights².

With an ageing population, consideration should be given to providing services for the elderly so as to address issues linked to earlier interventions. As oestrogens and progestogens, components of both oral contraception and hormonal replacement therapy, have been implicated in the aetiology of breast cancer, it would be desirable for screening mammography to be offered to women aged between 50 and 70.

Clinical audit

Beyond financial audit, the utilisation of scarce resources necessitates reassurance regarding quality of care during clinical encounters. The British confidential enquiries into maternal deaths, from the 1950s, set the model for modern clinical audit: the elucidation of circumstances to identify remedial causes by an independent panel with witnesses giving evidence without any fear of sanctions. The ensuing plethora of clinical audits is testimony of the value of constructive criticism to improve services.

The active involvement of professional associations in initiatives, regarding quality of care, promotes participation by their members. Besides, it facilitates peer assessment of service delivery for early corrective actions within a familiar context, involving a professional regulatory body, thereby avoiding severe situations of malpractice which might lead to the sentencing of health professionals in criminal courts of justice.

Intersectoral policy

In addressing service implications for certain issues, consideration should be given to interventions beyond the health sector. Accessibility to emergency contraception on school premises, without medical consultation, in France exemplifies the value of intersectoral initiatives⁵ and a similar approach is applicable to human papillomavirus vaccination for protection against cervical cancer⁶.

Intersectoral initiatives for health could be promoted by the allocation of funds to ministries of health for disbursement solely for joint programmes with other ministries. With skillful negotiations, a similar approach for other ministries might also be beneficial for the health of populations.

Bilateral collaboration

Whereas external reports from donor countries⁷ can be useful for providing a fresh perspective on national

priorities, agencies for international development should

not unduly emphasise their own agenda to the detriment of local priorities. Ideally, donor funds should dovetail with government budgetary allocations.

Similarly, with their substantial funding, private foundations now have the potential to distort policy formulation whether at national level or for certain multilateral bodies. It can be difficult to resist the temptation when resources are scarce.

International commitments

International conferences often lead to declarations: reflecting the single-agenda of the organisers, these statements are not binding but nevertheless valuable for consideration. On the other hand, ratification of international conventions by countries imply commitment to action. In the case of reproductive health, the monitoring committees of the women and children conventions operate as watchdogs through consideration of national reports that must be submitted on a periodic basis. Both committees have lately been proactive in promoting services for adolescents much beyond mere sexual and reproductive health information by making strong recommendations for accessibility by adolescents to contraception and abortion services^{8,9}. Whilst national values should be taken into account, authoritative clinical guidelines must be considered regarding implementation into service delivery^{10,11}.

Attention should also be paid to country reports from the United Nations and the African Union. With specific mandates to examine issues such as sexual exploitation of children and the right to health, the special rapporteurs of United Nations provide perspectives following a country visit: their recommendations are useful for guidance on policy-making and investigations of issues¹². To provide coverage of services in Africa, there is the Maputo Plan of Action for the operationalization of the Continental Policy Framework on Sexual and Reproductive Health and Rights. Worried by fragmentation in the financing modality for attainment of the right to health, specially regarding sexual and reproductive health, the African Commission on Human and People's Rights is currently conducting a study on the financing of health systems¹³.

Currently at its midway point, the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030) was discussed last month during the 76th World Health Assembly in Geneva.

Regarding attainment of the Sustainable Development Goals, stagnation in progress for maternal mortality is worrying specially with inequities both between and within countries¹⁴.

Purveyors

For priority setting and service provision, “Government is government and Government decides” is a common approach¹⁵. Besides international conventions and other agreements as mentioned earlier, governments should be guided by their commitments to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and recommendations at its follow-up meetings. Reproductive health services are largely provided through government institutions but the substantial role of the private sector and charitable bodies, largely faith-based, should be acknowledged. As for-profit health facilities must provide reasonable returns to their shareholders, commercial considerations can override an evidence-based approach based on good science. Similarly, certain faith-based bodies refuse to provide contraception and abortion services¹⁶.

Whether regarding equipment or know-how, certain services might not be available at either public or private facilities: complementarity of services is therefore desirable to satisfy reproductive health needs of individuals. Collaboration between institutions should pay heed to the imperative role of research at teaching hospitals so that their staff can provide leadership in innovative service delivery.

Budgetary considerations

Whereas the annual budgetary exercise provides government with an opportunity for changing priorities through the reallocation of resources, bold decision-making is often necessary to avoid historical budgeting based upon previous expenditures. As it is difficult to make abrupt changes in service delivery, opportunities should not be missed for the gradual introduction of new priorities accompanied by the alternative deployment of staff to make changes more acceptable within institutions.

Announcements of new initiatives are often accompanied by impressive statements mentioning huge figures for their cost. It is important to distinguish between fresh funds being injected as opposed to the inclusion of previous allocations to merely inflate expenditure figures.

Needing wide consultations with diverse interest groups besides community participation, priority setting necessitates a sustained process and, understandably, a subjective element is often still present at the final stage. It is crucial to adopt a long-term perspective as opposed to the short-term gains that are favoured by politicians focusing on votes at impending elections.

Empowerment

Priority setting is acknowledged as being a difficult process and it is impossible to satisfy everyone. Nevertheless, there are recognised procedures that should be respected and wide consultations are essential for the formulation of public policy. Decision-making is not limited to government: the incorporation of scientific progress in health service delivery has empowered individuals for choice regarding their wellbeing, specially for safe childbearing and fertility control.

Living in society implies respect for traditional behaviour with its coexisting moral codes and mores: although largely based on culture and religion, they nevertheless evolve with time¹⁷. In the absence of a moral compass to guide activities, changes in dictates of society, specially with scientific progress, might necessitate the sacrifice of certain traditional values. It is unfortunate that, all too often, policy-makers are unaware of their duty to empower individuals to exert their reproductive freedom which is simply the right to not only procreate but also contracept.

Conflict of interest: None.

References

1. Parker WJ. The moral imperative of reproductive rights, health and justice. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2020; 62: 3-10
2. World Health Organization. The selection and use of essential medicines: report of the WHO Expert Committee, 2007 including the 15th model list of essential medicines. WHO Technical Report Series, number 946. Geneva: World Health Organization; 2007: 48-52
3. Editorial. Abortion drugs must become WHO essential medicines. *Lancet* 2005; 365: 1826
4. Edouard L. The epidemiology of perinatal mortality. *World Health Stats Q* 1985; 38: 289-301
5. Daley S. France provides morning-after pill to schoolgirls. *New York Times*. February 8, 2000; Section A: page 1
6. Pollack AE, Balkin M, Edouard L, Cutts F and Broutet N. WHO/UNFPA Working Group on Sexual and Reproductive Health and HPV Vaccines. Ensuring access to HPV vaccines through integrated services: a reproductive health approach. *Bull World Health Organ* 2007; 85: 57-63

7. Bureau of Democracy, Human Rights and Labor. 2022 country reports on human rights practices: Mauritius. Washington DC: US Department of State, 2023
8. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Concluding observations on the eighth periodic report on Mauritius. Document CEDAW/C/MUS/CO/8, 14 November 2018. Geneva: United Nations, 2018
9. Committee on the Rights of the Child. Concluding observations on the combined sixth and seventh periodic reports of Mauritius. Document CRC/C/MUS/CO/6-7, 23 February 2023. Geneva: United Nations, 2023
10. Human Reproduction Programme. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition. Geneva: World Health Organization, 2015
11. Human Reproduction Programme. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization, 2022
12. Singhateh MF. Visit to Mauritius – Report of the Special Rapporteur on the sale and sexual exploitation of child. United Nations General Assembly - Document A/HRC/52/31/Add.1, 30 January 2023. Geneva: United Nations, 2023
13. African Commission on Human and Peoples' Rights. Final communiqué of the 75th session. 1 June 2023. Addis Ababa: African Union, 2023
14. World Health Assembly. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). Document A76/5. Geneva: World Health Organization, 2023
15. Adebani W and Orock R. Elites and the politics of accountability in Africa. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2021: 240
16. Smith JF. Women's health education in Catholic academic healthcare institutions: time for transparency, authenticity and reflection. *Linacre Q* 2020; 87: 268-277
17. Sanger A. Beyond choice – reproductive freedom in the 21st century. *New York: Public Affairs*, 2004: 287-303.

ÉDITORIAL

Hierarchisation des politiques et établissement d'un agenda en matière de santé reproductive

DOI: 10.29063/ajrh2023/v27i6.1

Lindsay Edouard

Éditeur, African Journal of Reproductive Health Blue Bay, Ile Maurice

***Pour la Correspondance:** Courriel: *soranae@gmail.com*

Comme la beauté, les priorités sont dans les yeux du spectateur. Malgré diverses tentatives pour rechercher des approches objectives de la formulation des politiques, l'établissement des priorités reste largement subjectif et, malheureusement, trop souvent entaché de pressions politiques ou de considérations historiques. Alors que les individus considéreraient leur maladie personnelle comme la priorité absolue avec de grandes attentes pour l'accès à toutes les interventions appropriées, il est impératif d'adopter une perspective à l'échelle de la population pour l'utilisation judicieuse des ressources publiques limitées : efficacité des interventions et efficience des services en plus de la collaboration, notamment intersectorielles, sont primordiales.

Plaidoyer

Les professionnels de la santé ont le devoir d'éclairer les débats publics en fournissant des informations factuelles spécialement pour lutter contre la propagation de fausses nouvelles et pour soutenir la mobilisation des ressources pour la prestation de services. Des débats publics et des batailles juridiques, sur des préoccupations dites morales, menacent régulièrement certains aspects des services de santé reproductive notamment en matière de sexualité et de conception : contraception, avortement et procréation assistée¹. Étant donné que les politiques restrictives d'accès à ces services sont préjudiciables à la santé des femmes, les praticiens de la santé génésique devraient promouvoir une approche scientifique pour une prise de décision éclairée.

Approche fondée sur des preuves

La simple prévalence élevée d'une maladie, ou la mortalité et la morbidité associées à celle-ci, ne peut en elle-même justifier sa priorisation dans la prestation de services : au lieu de cela, il doit y avoir des preuves de l'efficacité de l'intervention proposée. Cet aspect est

encore plus important pour la prévention, comme le dépistage, compte tenu des implications pour un grand nombre de personnes en bonne santé avec les énormes besoins en ressources associés en plus de la morbidité inattendue. Contrairement à de nombreuses autres disciplines, les résultats en matière de santé maternelle et de nombreuses autres composantes de la santé reproductive peuvent être observés relativement peu de temps après une intervention, facilitant ainsi l'évaluation dans la recherche d'approches appropriées. Limitée à l'origine à des techniques quantitatives, l'approche factuelle a été complétée par la suite par certaines considérations d'ordre qualitatif telles que l'acceptabilité des interventions proposées. Elle a été appliquée avec succès à la sélection des médicaments essentiels² mais il faut veiller à ce qu'aucune ingérence politique n'outrepasse les décisions d'experts : en 2005, la recommandation technique d'inscription des médicaments abortifs sur la liste OMS des médicaments essentiels a été contestée pour des motifs moralisateurs, quoique sans succès³.

L'évaluation des risques

Alors que le risque relatif, représenté par l'odds ratio, est largement utilisé pour évaluer le risque individuel, la notion de risque attribuable à la population est moins connue : la prise en compte de la prévalence du facteur de risque permet d'estimer quantitativement l'importance de ce dernier pour résultat indésirable. Dans les années 1980, l'application de cette approche du risque en santé maternelle et infantile a conduit à justifier les programmes de planification familiale sur la base du risque lié à l'âge maternel et à la parité pour améliorer la mortalité maternelle et infantile⁴.

Programmation basée sur les droits

Les discours sur les droits de l'homme ont donné lieu à des analyses approfondies des droits sexuels et reproductifs lors de conférences intergouvernementales sur la population et le

développement. La promotion de ces droits lors de la formulation des politiques de prestation de soins de santé a été facilitée par la disponibilité de manuels spécialement produits pour améliorer l'accès aux services des groupes défavorisés tels que les pauvres et les adolescents. L'introduction d'une large gamme de produits contraceptifs dans la liste 2007 de l'OMS des médicaments essentiels a été justifiée en grande partie par la reconnaissance du choix individuel comme un élément essentiel des droits sexuels². Avec une population vieillissante, il faut penser à offrir des services aux personnes âgées afin de répondre aux enjeux liés aux interventions antérieures. Les estrogènes et les progestatifs, composants de la contraception orale et de l'hormonothérapie substitutive, ayant été impliqués dans l'étiologie du cancer du sein, il serait souhaitable que la mammographie de dépistage soit proposée aux femmes âgées de 50 à 70 ans.

Audit clinique

Au-delà de l'audit financier, l'utilisation de ressources rares nécessite d'être rassuré quant à la qualité des soins lors des rencontres cliniques. Les enquêtes britanniques confidentielles sur les décès maternels, à partir des années 1950, ont établi le modèle de l'audit clinique moderne : l'élucidation des circonstances pour identifier les causes correctives par un panel indépendant de témoins témoignant sans crainte de sanctions. La pléthore d'audits cliniques qui en a résulté témoigne de la valeur de la critique constructive pour améliorer les services. L'implication active des associations professionnelles dans les initiatives concernant la qualité des soins favorise la participation de leurs membres. En outre, il facilite l'évaluation par les pairs de la prestation de services pour des actions correctives précoces dans un contexte familial, impliquant un organisme de réglementation professionnelle, évitant ainsi des situations graves de faute professionnelle qui pourraient conduire à la condamnation de professionnels de la santé par des tribunaux pénaux.

Politique intersectorielle

En abordant les répercussions sur les services de certains problèmes, il faut tenir compte des interventions au-delà du secteur de la santé. L'accessibilité à la contraception d'urgence dans les locaux scolaires, sans consultation médicale, en France illustre la valeur des initiatives intersectorielles⁵ et une approche similaire est applicable à la vaccination contre le papillomavirus humain pour la protection contre le cancer du col de l'utérus⁶. Les initiatives

intersectorielles pour la santé pourraient être encouragées par l'allocation de fonds aux ministères de la santé pour des décaissements uniquement pour des programmes conjoints avec d'autres ministères. Avec des négociations habiles, une approche similaire pour d'autres ministères pourrait également être bénéfique pour la santé des populations.

Collaboration bilatérale Alors que les rapports externes des pays donateurs⁷ peuvent être utiles pour fournir une nouvelle perspective sur les priorités nationales, les agences de développement international ne devraient pas mettre indûment l'accent sur leur propre agenda au détriment des priorités locales. Idéalement, les fonds des donateurs devraient concorder avec les allocations budgétaires du gouvernement. De même, avec leur financement substantiel, les fondations privées ont désormais le potentiel de fausser la formulation des politiques, que ce soit au niveau national ou pour certains organismes multilatéraux. Il peut être difficile de résister à la tentation lorsque les ressources sont rares. Engagements internationaux Les conférences internationales débouchent souvent sur des déclarations : reflétant l'agenda unique des organisateurs, ces déclarations ne sont pas contraignantes mais néanmoins précieuses à méditer. D'autre part, la ratification des conventions internationales par les pays implique un engagement à l'action. Dans le cas de la santé de la reproduction, les comités de suivi des conventions femmes et enfants jouent un rôle de veille à travers l'examen des rapports nationaux qui doivent être soumis périodiquement. Les deux comités ont récemment été proactifs dans la promotion des services pour les adolescents bien au-delà de la simple information sur la santé sexuelle et reproductive en faisant de fortes recommandations pour l'accessibilité des adolescents aux services de contraception et d'avortement^{8,9}. Alors que les valeurs nationales doivent être prises en compte, des directives cliniques faisant autorité doivent être prises en compte concernant la mise en œuvre dans la prestation de services^{10,11}.

Il convient également de prêter attention aux rapports nationaux des Nations Unies et de l'Union africaine. Avec des mandats spécifiques pour examiner des questions telles que l'exploitation sexuelle des enfants et le droit à la santé, les rapporteurs spéciaux des Nations Unies fournissent des perspectives à la suite d'une visite dans un pays : leurs recommandations sont utiles pour guider l'élaboration des politiques et les enquêtes sur les problèmes¹². Pour assurer la couverture des services en Afrique, il existe le Plan d'action de Maputo pour l'opérationnalisation du Cadre politique continental sur la santé et les droits sexuels et

reproductifs. Préoccupée par la fragmentation des modalités de financement pour la réalisation du droit à la santé, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive, la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples mène actuellement une étude sur le financement des systèmes de santé¹³. Actuellement à mi-parcours, la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) a été discutée le mois dernier lors de la 76e Assemblée mondiale de la Santé à Genève. En ce qui concerne l'atteinte des objectifs de développement durable, la stagnation des progrès en matière de mortalité maternelle est particulièrement inquiétante avec les inégalités à la fois entre et au sein des pays¹⁴.

Fournisseurs Pour l'établissement des priorités et la prestation de services, « le gouvernement est le gouvernement et le gouvernement décide » est une approche courante¹⁵. Outre les conventions internationales et autres accords mentionnés précédemment, les gouvernements devraient être guidés par leurs engagements envers le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et les recommandations de ses réunions de suivi. Les services de santé reproductive sont en grande partie fournis par des institutions gouvernementales, mais le rôle important du secteur privé et des organismes caritatifs, largement confessionnels, doit être reconnu. Étant donné que les établissements de santé à but lucratif doivent fournir des rendements raisonnables à leurs actionnaires, les considérations commerciales peuvent l'emporter sur une approche fondée sur des preuves scientifiques. De même, certains organismes confessionnels refusent de fournir des services de contraception et d'avortement¹⁶. Qu'il s'agisse d'équipements ou de savoir-faire, certains services peuvent ne pas être disponibles dans les structures publiques ou privées : la complémentarité des services est donc souhaitable pour satisfaire les besoins de santé reproductive des individus. La collaboration entre les établissements devrait tenir compte du rôle impératif de la recherche dans les hôpitaux d'enseignement afin que leur personnel puisse assurer le leadership dans la prestation de services novateurs.

Considérations budgétaires

Alors que l'exercice budgétaire annuel donne au gouvernement l'occasion de modifier les priorités par la réaffectation des ressources, une prise de décision audacieuse est souvent nécessaire pour éviter une budgétisation historique basée sur des dépenses antérieures. Comme il est difficile d'opérer des changements brusques dans la prestation des services,

il ne faut pas laisser passer des occasions d'introduire progressivement de nouvelles priorités accompagnées d'un déploiement alternatif du personnel pour rendre les changements plus acceptables au sein des établissements. Les annonces de nouvelles initiatives sont souvent accompagnées de déclarations impressionnantes mentionnant des chiffres énormes pour leur coût. Il est important de faire la distinction entre l'injection de nouveaux fonds et l'inclusion d'allocations précédentes pour simplement gonfler les chiffres des dépenses. Nécessitant de larges consultations avec divers groupes d'intérêt en plus de la participation communautaire, l'établissement des priorités nécessite un processus soutenu et, naturellement, un élément subjectif est souvent encore présent à l'étape finale. Il est crucial d'adopter une perspective à long terme par opposition aux gains à court terme qui sont favorisés par les politiciens qui se concentrent sur les votes lors des élections imminentes.

Autonomisation

L'établissement des priorités est reconnu comme étant un processus difficile et il est impossible de satisfaire tout le monde. Néanmoins, il existe des procédures reconnues qu'il convient de respecter et de larges consultations sont indispensables à l'élaboration des politiques publiques. La prise de décision n'est pas limitée au gouvernement : l'incorporation des progrès scientifiques dans la prestation des services de santé a permis aux individus de choisir en ce qui concerne leur bien-être, en particulier pour une procréation sûre et le contrôle de la fertilité. Vivre en société implique le respect des comportements traditionnels avec la coexistence de codes moraux et de mœurs : bien que largement fondés sur la culture et la religion, ils évoluent néanmoins avec le temps¹⁷. En l'absence d'une boussole morale pour guider les activités, les changements dans les diktats de la société, en particulier avec les progrès scientifiques, pourraient nécessiter le sacrifice de certaines valeurs traditionnelles. Il est regrettable que, trop souvent, les décideurs politiques ne soient pas conscients de leur devoir de donner aux individus les moyens d'exercer leur liberté reproductive, qui est simplement le droit non seulement de procréer mais aussi de contracepter.

Conflit d'intérêts: Aucun.

Références

1. Parker WJ. L'impératif moral des droits reproductifs, de la santé et de la justice. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2020; 62 : 3-10

2. Organisation mondiale de la santé. La sélection et l'utilisation des médicaments essentiels : rapport du Comité d'experts de l'OMS, 2007 comprenant la 15e liste modèle de médicaments essentiels. Série de rapports techniques de l'OMS, numéro 946. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2007 : 48-52
3. Éditorial. Les médicaments abortifs doivent devenir des médicaments essentiels de l'OMS. *Lancette* 2005 ; 365 : 1826
4. Edouard L. L'épidémiologie de la mortalité périnatale. *Statistiques sanitaires mondiales Q 1985* ; 38 : 289-301
5. Daley S. France fournit la pilule du lendemain aux écolières. *New York Times*. 8 février 2000 ; Section A : page 1
6. Pollack AE, Balkin M, Edouard L, Cutts F et Broutet N. Groupe de travail OMS/UNFPA sur la santé sexuelle et reproductive et les vaccins contre le VPH. Garantir l'accès aux vaccins contre le VPH grâce à des services intégrés : une approche de santé reproductive. *Bull Orgue mondial de la Santé* 2007 ; 85 : 57-63
7. Bureau de la démocratie, des droits de l'homme et du travail. *Rapports nationaux 2022 sur les pratiques en matière de droits humains : Maurice*. Washington DC : Département d'État des États-Unis, 2023
8. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. Observations finales concernant le huitième rapport périodique sur Maurice. Document CEDAW/C/MUS/CO/8, 14 novembre 2018. Genève : Nations Unies, 2018
9. Comité des droits de l'enfant. Observations finales sur les sixième et septième rapports périodiques combinés de Maurice. Document CRC/C/MUS/CO/6-7, 23 février 2023. Genève : Nations Unies, 2023
10. Programme de reproduction humaine. Critères d'éligibilité médicale pour l'utilisation de contraceptifs. Cinquième édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015
11. Programme de reproduction humaine. Ligne directrice sur les soins d'avortement. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2022
12. Singhateh MF. Visite à Maurice – Rapport du Rapporteur spécial sur la vente et l'exploitation sexuelle d'enfants. Assemblée générale des Nations Unies - Document A/HRC/52/31/Add.1, 30 janvier 2023. Genève : Nations Unies, 2023
13. Commission africaine des droits de l'homme et des peuples. Communiqué final de la 75e session. 1er juin 2023. Addis-Abeba : Union africaine, 2023
14. Assemblée mondiale de la santé. Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030). Document A76/5. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2023
15. Adebani W et Orock R. Les élites et la politique de responsabilité en Afrique. *Ann Arbor: Presses de l'Université du Michigan*, 2021 : 240
16. Smith JF. L'éducation à la santé des femmes dans les institutions catholiques universitaires de santé : le temps de la transparence, de l'authenticité et de la réflexion. *Linacre Q* 2020; 87 : 268-277
17. Sanger A. Au-delà du choix – la liberté reproductive au 21e siècle. *New York : Affaires publiques*, 2004 : 287-303.