

EDITORIAL

Sexual and reproductive health: right not privilege

DOI: 10.29063/ajrh2024/v28i11.1

Delia Barcelona¹ and Lindsay Edouard^{2}*

Professorial Lecturer, College of Mass Communication, University of the Philippines, Manila, Philippines¹; Editor, African Journal of Reproductive Health, Port Louis, Mauritius²

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

Despite the prominence of international discourses on sexual and reproductive health and rights, much remains to be done to meet both needs and wants of individuals, couples and families. Socioeconomic disparities and geographic differentials, compounded by inappropriate policies besides resource constraints, have hampered the achievements of these rights to the extent that, in many jurisdictions, access to quality sexual and reproductive health services continues to be a privilege for some as opposed to a right for all. A rights-based approach, accompanied by appropriate policy formulation and sustained advocacy for resource mobilisation, can promote equity through community acceptance and individual behaviour change.

Rights

Enshrined in the Declaration of the International Conference on Population and Development, held in Cairo in 1994, sexual and reproductive health and rights were reaffirmed at follow-up review meetings and reinforced during its realignment in 2019, at the ICPD@25 Summit, with the global agenda to achieve the Sustainable Development Goals by 2030. Those recent initiatives dovetail with commitments articulated in the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW) and the Convention on the Rights of the Child (CRC).

Even after their ratification of these conventions, countries can nevertheless exercise their sovereignty by formally entering reservations for certain clauses thereby being exempted from consideration during periodic reviews by monitoring committees. This sovereignty is usually raised for sensitive issues, such as contraception, abortion, adolescent reproductive health and gender identity, by invoking social morality, cultural practices and religious ethics for overriding scientific evidence.

The monitoring committees for country situations, of the above two conventions have lately been proactive on those issues. Addressing maternal

mortality reduction in May 2024, the CEDAW committee recommended (1) “safe abortion care for all women in their diversities”, (2) adequate access to modern methods of contraception, including emergency contraception, “by removing the requirement for girls aged 16 and 17 to obtain parental consent”, (3) the removal of “cumbersome requirements for access to legal abortion“ and (4) consideration for “decriminalizing abortion in all cases”.¹ Concerned about teenage pregnancies in February 2024, the CRC committee recommended access to contraceptives and safe abortion for adolescent girls through comprehensive sexual and reproductive health services besides the need to “decriminalize abortion in all circumstances”.² Some governments still consider these policies as being sensitive, albeit controversial. Besides, there is the broader cultural context of issues pertaining to gender identity and sexual orientation, as espoused by the LGBTQIA+ communities. Despite being harmful, discriminatory and a clear violation of rights, female genital mutilation and child marriage continue to be performed extensively under the cover of traditional cultural practices. These situations require sustained community education and public advocacy that extend much beyond legal measures.

Disparities

Despite improvement for most health-related indicators of the Sustainable Development Goals, the 2024 Summit of the Future noted that current progress is insufficient to meet the targets set for 2030.³ Furthermore, an overall figure hides disparities for socioeconomic, gender, geographic and other subgroups that are associated with inequities. Noting minimal or moderate progress across the board, the latest 2024 SDG progress report⁴ pointed out that the poor and other vulnerable groups are the most disadvantaged.

Strong political will, accompanied by the appropriate deployment and utilisation of available resources, has the potential to close existing gaps by

focusing on those most in need for these services: the poorest, the furthest and the most marginalised. The quest for improved access by those groups could draw upon developments in applied epidemiology, as exemplified by the risk approach.⁵ With the poor achievement of targets in numerous jurisdictions, it is legitimate to query if sexual and reproductive health is still a right and even wonder whether it is a privilege. Personal and sociocultural barriers might be constraints for accessing sexual and reproductive health services.

Behaviour change

The recent focus of sexual and reproductive health care, in low- and middle-income countries, on the provision of clinical services and commodity security needs to be complemented by strengthened efforts to improve service utilisation. Increased uptake of services will necessitate influencing behaviours, the process requiring an enabling environment to create public demand for care. Investments for health systems strengthening must be accompanied by interventions to promote social and behaviour change communication. Barriers to access should be eliminated for facilitating efforts of individuals and couples to achieve their reproductive intentions and desired family size. Approaches include mass media for appropriate campaigns, improved counselling, home visits and outreach efforts for increasing access to and utilisation of services. Simple, evidence-based and creative messages should be framed as compelling human interest stories: presented visually, they have the potential to influence attitude and change behaviour, specially among marginalised groups.

Successful HIV control has largely been due to behaviour change interventions, whether for sexual practices, condom use, uptake of screening tests and drug management. Whereas in the context of sexually transmitted infections, a global elimination of congenital syphilis was considered to be feasible in 2007, there has recently been a worldwide re-emergence of syphilis, especially in high-income countries.⁶ Earlier success for HIV control, specially treatment, might have led to reduced public fear and complacency resulting in decreased condom use and related protective behaviours, and thereby this resurgence of sexually transmitted infections.

Individual choice

Constituting a crucial element of sexual and reproductive health, choice is eminently exemplified by contraception and abortion but also applicable to maternal health whether for antenatal care or mode of delivery. The utilisation of caesarean section has

reached epidemic levels with rates as high as 55% in Brazil and 21% globally but is still as low as 5% in sub-Saharan Africa thereby reflecting unmet need. Overuse is largely due to choice, whether from service providers or patients. Whereas item-for-service payments for the remuneration of service providers can potentially influence decision-making thereby encouraging operative delivery, the preference of patients should not be overlooked. The movement for caesarean section on maternal request is gaining momentum in numerous countries and this right of the patient to choose an operative delivery, in the absence of any clinical indication, can present an ethical dilemma professionally.

For contraception, there should be free and informed choice from the widest possible range of methods to meet diverse needs and personal choices of individuals. Unfortunately, family planning programmes sometimes offer a limited choice of modern methods. cost considerations can be addressed through arrangements with manufacturers for a public sector price and, during tough financial times with budget cuts, special consideration should be given to protecting availability and access for disadvantaged groups such as adolescents. Termination of pregnancy is a sensitive issue involving personal conscience: practices changed drastically with the sexual revolution of the 1960s, leading to the concept of abortion on demand. Extremist activism has lately been instrumental for legislative changes with initiatives ranging from severe restrictions in the United States to the right to abortion being enshrined in the French constitution in March 2024.⁸ Whereas induced abortion is still illegal in only a few countries, procedures are sometimes so cumbersome that access becomes severely limited. Even when legal, abortion services are often not readily accessible in the public sector as opposed to private facilities where payment means affordability albeit only for the privileged. The principle of individual choice is overriding regarding recourse to abortion: as any other medical procedure, quality of care is crucial. Having included comprehensive abortion care among essential health services, the World Health Organization issued a guideline in 2022 recommending its full decriminalisation besides the removal of legal and other barriers limiting grounds for performing the procedure.⁹

Equity of access

Equality in health status is utopian as socioeconomic and demographic gradients will always exist: the best we can do is to reduce them. The principle of social justice for an equitable society is well accepted for good governance and implications for health care consist

largely of facilitating access to service delivery points specially regarding location, operating times and staffing.¹⁰ Policy formulation should prioritise needs of disadvantaged groups regarding access to services with emphasis on the value of home visits and mobile services besides convenient opening hours such as after-work. Reform through the implementation of research findings, advocacy and funding have improved services but fragmentation, favouring selective components of sexual and reproductive health services, has sometimes impeded the provision of integrated care.

The way ahead

As we prepare to celebrate Human Rights Day on 10 December, it is apt to reflect upon not only achievements but also limitations so as to identify remedial actions.¹² Accordingly, it is unfortunate to acknowledge that important aspects of sexual and reproductive health care still constitute a privilege as opposed to a right. Service providers have a major role to play through their opportunities to meet the needs of disadvantaged persons during clinical encounters. These efforts will necessitate appropriate policy formulation by decision-makers to improve access to services while emphasising the primordial role of informed choice. In view of resource constraints for sexual and reproductive health services, determined and consistent advocacy is crucial for adequate resource mobilisation in the quest to meet individual needs.

Conflict of interest: None

References

1. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Concluding observations on the tenth periodic report of Rwanda. Paragraph 38. Document CEDAW/C/RWA/CO/10, 6 June 2024. Geneva: United Nations, 2024.
2. Committee on the Rights of the Child. Concluding observations on the combined sixth and seventh periodic reports of Senegal. Paragraph 32. Document CRC/C/SEN/CO/6-7, 29 February 2024. Geneva: United Nations, 2024.
3. United Nations General Assembly. The Pact for the Future. Document A/RES/79/1. 22 September 2024. New York: United Nations, 2024.
4. Department of Economic and Social Affairs. The Sustainable Development Goals Report 2024. New York: United Nations, 2024.
5. Woodard GR, Edouard L. Reaching out: a community initiative for disadvantaged pregnant women. *Can J Public Health* 1992; 83: 188-190.
6. Rubin R. Syphilis has surged for reasons that go beyond the pathogen that causes it. *JAMA* 2024; 332: 92-95.
7. Visser GHA, Ubom AE, Neji K et al. Drivers and solutions to the cesarean delivery epidemic with emphasis on the increasing rates in Africa and Southeastern Europe. *Int J Gynaecol Obstet* 2023; 163 (Suppl 2): 5-9.
8. Editorial. Access to abortion: a constitutional right. *Lancet Public Health* 2024; 9: e207.
9. Human Reproduction Programme. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization, 2022: xix, xxv, 24-27.
10. Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Stud Fam Plann* 1990; 21: 61-91.
11. Edouard L. Operationalising human rights for sexual and reproductive health: celebrations, achievements and challenges. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2008; 34: 5-7.
12. African Commission on Human and Peoples' Rights. Final communiqué of the 75th ordinary session. Addis Ababa: African Union, 2023.

ÉDITORIAL

Santé sexuelle et reproductive : un droit et non un privilège

DOI: 10.29063/ajrh2024/v28i11.1

Delia Barcelone¹ et Lindsay Edouard²

Maître de conférences, College of Mass Communication, University of the Philippines Manila, Philippines¹; Rédacteur, African Journal of Reproductive Health, Port Louis, Mauritius²

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

Malgré l'importance des discours internationaux sur la santé et les droits sexuels et reproductifs, il reste beaucoup à faire pour répondre aux besoins et aux désirs des individus, des couples et des familles. Les disparités socioéconomiques et les différences géographiques, aggravées par des politiques inappropriées outre les contraintes de ressources, ont entravé la réalisation de ces droits dans la mesure où, dans de nombreuses juridictions, l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive de qualité continue d'être un privilège pour certains plutôt qu'un droit pour tous. Une approche fondée sur les droits, accompagnée d'une formulation de politiques appropriées et d'un plaidoyer soutenu en faveur de la mobilisation des ressources, peut promouvoir l'équité grâce à l'acceptation de la communauté et au changement de comportement individuel¹.

Droits

Inscrits dans la Déclaration de la Conférence internationale sur la population et le développement, tenue au Caire en 1994, les droits et la santé sexuelle et reproductive ont été réaffirmés lors des réunions d'examen de suivi et renforcés lors de leur réalignement en 2019, lors du Sommet CIPD@25, avec le programme mondial pour atteindre les objectifs de développement durable d'ici 2030. Ces initiatives récentes concordent avec les engagements énoncés dans la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) et la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE).

Même après avoir ratifié ces conventions, les pays peuvent néanmoins exercer leur souveraineté en émettant formellement des réserves sur certaines clauses, étant ainsi exemptés de l'examen lors des examens périodiques des comités de suivi. Cette souveraineté est généralement invoquée pour des questions sensibles, telles que la contraception, l'avortement, la santé reproductive des adolescents et l'identité de genre, en invoquant la moralité sociale, les

pratiques culturelles et l'éthique religieuse pour prévaloir sur les preuves scientifiques.

Les comités de suivi des situations nationales des deux conventions ci-dessus ont récemment été proactifs sur ces questions. S'attaquant à la réduction de la mortalité maternelle en mai 2024, le comité CEDAW a recommandé (1) « des soins d'avortement sécurisés pour toutes les femmes dans leurs diversités », (2) un accès adéquat aux méthodes modernes de contraception, y compris la contraception d'urgence, « en supprimant l'obligation pour les filles âgées de 16 et 17 pour obtenir le consentement parental », (3) la suppression des « conditions lourdes pour l'accès à l'avortement légal » et (4) la réflexion sur « la dépénalisation de l'avortement dans tous les cas ». Préoccupé par les grossesses adolescentes en février 2024, le comité CRC a recommandé l'accès aux contraceptifs et à l'avortement sécurisé pour les adolescentes grâce à des services complets de santé sexuelle et reproductive, outre la nécessité de « décriminaliser l'avortement en toutes circonstances ». Certains gouvernements considèrent toujours ces politiques comme sensibles, bien que controversées. À cela s'ajoute le contexte culturel plus large des questions liées à l'identité de genre et à l'orientation sexuelle, tel qu'adopté par les communautés LGBTQIA+. Bien qu'ils soient préjudiciables, discriminatoires et qu'ils constituent une violation flagrante des droits, les mutilations génitales féminines et les mariages d'enfants continuent d'être largement pratiqués sous le couvert de pratiques culturelles traditionnelles. Ces situations nécessitent une éducation communautaire soutenue et un plaidoyer public qui vont bien au-delà des mesures juridiques.

Disparités

Malgré l'amélioration de la plupart des indicateurs liés à la santé des objectifs de développement durable, le Sommet du futur de 2024 a noté que les progrès actuels sont insuffisants pour atteindre les objectifs fixés pour 2030.³ En outre, un chiffre global cache des disparités

entre les sous-groupes socio-économiques, de genre, géographiques et autres qui sont associés à des inégalités. Notant des progrès minimes ou modérés dans tous les domaines, le dernier rapport d'avancement des ODD 2024⁴ souligne que les pauvres et les autres groupes vulnérables sont les plus défavorisés.

Une volonté politique forte, accompagnée d'un déploiement et d'une utilisation appropriés des ressources disponibles, a le potentiel de combler les écarts existants en se concentrant sur ceux qui ont le plus besoin de ces services : les plus pauvres, les plus éloignés et les plus marginalisés. La quête d'un meilleur accès pour ces groupes pourrait s'appuyer sur les développements de l'épidémiologie appliquée, comme en témoigne l'approche du risque.⁵ Compte tenu de la faible réalisation des objectifs dans de nombreuses juridictions, il est légitime de se demander si la santé sexuelle et reproductive est toujours un droit et même je me demande si c'est un privilège. Les barrières personnelles et socioculturelles peuvent constituer des obstacles à l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive.

Changement de comportement

L'orientation récente des soins de santé sexuelle et reproductive, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, vers la fourniture de services cliniques et la sécurité des produits de base doit être complétée par des efforts renforcés pour améliorer l'utilisation des services. Pour accroître le recours aux services, il faudra influencer les comportements, le processus nécessitant un environnement propice pour créer une demande de soins du public. Les investissements destinés au renforcement des systèmes de santé doivent être accompagnés d'interventions visant à promouvoir la communication en faveur du changement social et comportemental. Les obstacles à l'accès devraient être éliminés pour faciliter les efforts des individus et des couples pour réaliser leurs intentions reproductives et la taille de la famille souhaitée. Les approches incluent les médias de masse pour des campagnes appropriées, des conseils améliorés, des visites à domicile et des efforts de sensibilisation pour accroître l'accès et l'utilisation des services. Des messages simples, fondés sur des données probantes et créatifs doivent être présentés comme des histoires d'intérêt humain convaincantes : présentés visuellement, ils ont le potentiel d'influencer l'attitude et de changer le comportement, en particulier parmi les groupes marginalisés.

Le succès de la lutte contre le VIH est largement dû aux interventions visant à modifier les comportements, qu'il s'agisse des pratiques sexuelles, de l'utilisation du préservatif, du recours aux tests de

dépistage et de la gestion des médicaments. Alors que dans le contexte des infections sexuellement transmissibles, une élimination mondiale de la syphilis congénitale était considérée comme réalisable en 2007, on a récemment assisté à une réémergence de la syphilis dans le monde entier, en particulier dans les pays à revenu élevé.⁶ Les succès antérieurs de la lutte contre le VIH, notamment traitement, aurait pu conduire à une diminution de la peur et de la complaisance du public, ce qui aurait entraîné une diminution de l'utilisation du préservatif et des comportements de protection associés, et donc une résurgence des infections sexuellement transmissibles.

Choix individuel

Constituant un élément crucial de la santé sexuelle et reproductive, le choix est éminemment illustré par la contraception et l'avortement mais s'applique également à la santé maternelle qu'il s'agisse des soins prénatals ou du mode d'accouchement. Le recours à la césarienne a atteint des niveaux épidémiques avec des taux pouvant atteindre 55 % au Brésil et 21 % dans le monde, mais reste encore aussi faible que 5 % en Afrique subsaharienne, reflétant ainsi un besoin non satisfait. La surutilisation est en grande partie due au choix, qu'il s'agisse des prestataires de services ou des patients. Alors que les paiements à l'unité pour la rémunération des prestataires de services peuvent potentiellement influencer la prise de décision, encourageant ainsi la réalisation d'une intervention chirurgicale, les préférences des patients ne doivent pas être négligées. Le mouvement en faveur de la césarienne à la demande de la mère prend de l'ampleur dans de nombreux pays et ce droit de la patiente de choisir un accouchement opératoire, en l'absence de toute indication clinique, peut présenter un dilemme éthique professionnellement.

En matière de contraception, il doit y avoir un choix libre et éclairé parmi la gamme la plus large possible de méthodes pour répondre aux divers besoins et choix personnels des individus. Malheureusement, les programmes de planification familiale offrent parfois un choix limité de méthodes modernes. Les considérations de coût peuvent être résolues grâce à des accords avec les fabricants pour un prix du secteur public et, en période de difficultés financières avec des coupes budgétaires, une attention particulière doit être accordée à la protection de la disponibilité et de l'accès pour les groupes défavorisés tels que les adolescents.

L'interruption de grossesse est une question sensible qui implique la conscience personnelle : les pratiques ont radicalement changé avec la révolution sexuelle des années 1960, conduisant au concept d'avortement à la demande. L'activisme extrémiste a

récemment joué un rôle déterminant dans les changements législatifs avec des initiatives allant de restrictions sévères aux États-Unis à l'inscription du droit à l'avortement dans la constitution française en mars 2024.⁸ Même si l'avortement provoqué n'est encore illégal que dans quelques pays, les procédures sont parfois très lourdes. cet accès devient sévèrement limité. Même lorsqu'ils sont légaux, les services d'avortement ne sont souvent pas facilement accessibles dans le secteur public, contrairement aux établissements privés où le paiement est abordable, même s'il est réservé aux privilégiés. Le principe du choix individuel est primordial en ce qui concerne le recours à l'avortement : comme tout autre acte médical, la qualité des soins est cruciale. Après avoir inclus les soins complets d'avortement parmi les services de santé essentiels, l'Organisation mondiale de la santé a publié une ligne directrice en 2022 recommandant sa décriminalisation complète ainsi que la suppression des obstacles juridiques et autres limitant les motifs de pratique de la procédure.⁹

Équité d'accès

L'égalité en matière de santé est une utopie car les gradients socio-économiques et démographiques existeront toujours : le mieux que nous puissions faire est de les réduire. Le principe de justice sociale pour une société équitable est bien accepté pour la bonne gouvernance et les implications pour les soins de santé consistent en grande partie à faciliter l'accès aux points de prestation de services, notamment en ce qui concerne l'emplacement, les horaires d'ouverture et le personnel.¹⁰

La formulation des politiques devrait donner la priorité aux besoins des groupes défavorisés en matière d'accès aux services, en mettant l'accent sur la valeur des visites à domicile et des services mobiles, en plus des heures d'ouverture pratiques telles qu'après le travail. La réforme par la mise en œuvre des résultats de la recherche, le plaidoyer et le financement ont amélioré les services, mais la fragmentation, favorisant des composantes sélectives des services de santé sexuelle et reproductive, a parfois entravé la fourniture de soins intégrés.

La voie à suivre

Alors que nous nous préparons à célébrer la Journée des droits de l'homme le 10 décembre, il convient de réfléchir non seulement aux réalisations mais aussi aux limites afin d'identifier des mesures correctives.¹²

En conséquence, il est malheureux de reconnaître que des aspects importants des soins de santé sexuelle et reproductive constituent encore un privilège par opposition à un droit.

Les prestataires de services ont un rôle majeur à jouer en offrant la possibilité de répondre aux besoins des personnes défavorisées lors des rencontres cliniques. Ces efforts nécessiteront la formulation de politiques appropriées par les décideurs pour améliorer l'accès aux services tout en mettant l'accent sur le rôle primordial du choix éclairé. Compte tenu des contraintes de ressources pour les services de santé sexuelle et reproductive, un plaidoyer déterminé et cohérent est crucial pour une mobilisation adéquate des ressources dans la quête pour répondre aux besoins individuels..

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

1. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. Observations finales sur le dixième rapport périodique du Rwanda. Paragraphe 38. Document CEDAW/C/RWA/CO/10, 6 juin 2024. Genève : Nations Unies, 2024.
2. Comité des droits de l'enfant. Observations finales sur les sixième et septième rapports périodiques du Sénégal. Paragraphe 32. Document CRC/C/SEN/CO/6-7, 29 février 2024. Genève : Nations Unies, 2024.
3. Assemblée générale des Nations Unies. Le Pacte pour l'avenir. Document A/RES/79/1. 22 septembre 2024. New York : Nations Unies, 2024.
4. Département des Affaires économiques et sociales. Le Rapport sur les objectifs de développement durable 2024. New York : Nations Unies, 2024.
5. Woodard GR, Edouard L. Reaching out : une initiative communautaire pour les femmes enceintes défavorisées. *Can J Santé publique* 1992; 83 : 188-190.
6. Rubin R. La syphilis a augmenté pour des raisons qui vont au-delà de l'agent pathogène qui la provoque. *JAMA-2024* ; 332 : 92-95.
7. Visser GHA, Ubom AE, Neji K et al. Facteurs et solutions à l'épidémie d'accouchement par césarienne, en mettant l'accent sur les taux croissants en Afrique et en Europe du Sud-Est. *Int J Gynaecol Obstet* 2023; 163 (Supplément 2) : 5-9.
8. Éditorial. L'accès à l'avortement : un droit constitutionnel. *Lancet Santé publique* 2024 ; 9 : e207.
9. Programme de reproduction humaine. Directive sur les soins liés à l'avortement. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2022 : xix, xxv, 24-27.
10. Bruce J. Éléments fondamentaux de la qualité des soins : un cadre simple. *Plan d'élevage des haras* 1990 ; 21 : 61-91.
11. Edouard L. Opérationnaliser les droits humains pour la santé sexuelle et reproductive : célébrations, réalisations et défis. *J Fam Plann reproduisant les soins de santé* 2008 ; 34 : 5-7.
12. Commission africaine des droits de l'homme et des peuples. Communiqué final de la 75ème session ordinaire. Addis-Abeba : Union africaine, 2023.