

EDITORIAL

From legal exception to lived reality: Examining health exceptions in the context of abortion and reproductive justice

DOI: 10.29063/ajrh2026/v30i9.1

Friday Okonofua

Professor Emeritus of Obstetrics and Gynaecology, and Reproductive Health, University of Benin, Nigeria; and Editor in Chief, African Journal of Reproductive Health

***For Correspondence:** Email: feokonofua@yahoo.co.uk

The article published in this issue of the journal titled “Examining implementation of health exception laws in six countries”¹ arrives at a critical juncture in global reproductive health discourse. Across much of the developing world, abortion law - often framed around narrow “health exceptions” - exist in statute but fail in practice. This disjuncture between legal permission and lived access is not merely a technical gap; it is a profound social justice failure with implications for women’s health, autonomy, and dignity.

Health exception laws typically allow abortion where a woman’s physical or mental health is at risk. In theory, they represent a compromise between restrictive legal regimes and broader reproductive rights and social justice. However, evidence consistently shows that legal allowances alone do not guarantee access. Comparative research demonstrates that in many countries, even where abortion is technically legal under health grounds, women are denied services due to poor implementation, lack of guidelines, and restrictive interpretations.² This important article in this issue of the journal extends this insight through a six-country comparative lens, echoing earlier multi-country analyses such as the study by Wendy Chavkin and colleagues³, which examined reforms and implementation strategies across diverse settings including Ethiopia, Ghana, and South Africa. Together, these studies reinforce a crucial point: the effectiveness of abortion law lies not in its wording, but in its operationalization.

Health exceptions and the ethics of care

From a philosophical standpoint, health exception laws rest on a principle of medical necessity - the idea that preserving a woman’s health justifies termination of pregnancy. Yet the interpretation of “health” varies widely. In jurisdictions where mental health is excluded or narrowly construed, women are effectively denied care despite clear risks to their wellbeing. This reflects a deeper ethical tension: whether women are regarded as

autonomous moral agents or merely as subjects of regulatory control.

The failure to implement health exceptions robustly undermines the ethical foundation of healthcare itself. Medicine is guided by principles of beneficence, non-maleficence, justice, and respect for autonomy. When legal ambiguity or fear of prosecution prevents providers from offering care, these principles are compromised. As highlighted in human rights scholarship, countries have positive obligations not only to enact laws but to ensure their meaningful implementation, failing which they violate women’s rights to health and equality.⁴

Public health consequences: Unsafe abortion and maternal mortality

The stakes of poor implementation are stark. Unsafe abortion remains a major contributor to maternal mortality, particularly in low- and middle-income countries. Globally, an estimated 97% of unsafe abortions occur in developing regions, and up to 13% of maternal deaths are linked to unsafe abortion⁵. These outcomes persist not because abortion is rare, but because it is unsafe and inaccessible.

Importantly, restrictive laws do not significantly reduce abortion rates; rather, they shift abortions from safe to unsafe conditions.⁶ Thus, the ineffective implementation of health exceptions perpetuates a cycle of preventable harm, disproportionately affecting poor and marginalized women.

Social justice and structural inequality

The implications extend beyond health to encompass broader questions of social justice. Access to safe abortion under health exceptions is often mediated by class, geography, and education. Urban, affluent women may navigate the system successfully, while rural or disadvantaged women face insurmountable barriers.

This creates a two-tier system in which legal rights exist in principle but are unequally distributed in practice.

The Ethiopian experience, for instance, illustrates how progressive legal reform can expand access when accompanied by political will and stakeholder engagement⁷. Yet even in such contexts, implementation challenges persist, underscoring the need for sustained institutional commitment.

Policy and practice recommendations

To transform health exception laws from symbolic provisions into effective tools for reproductive justice, several measures are imperative:

1. Provision of clear and comprehensive guidelines
Governments must develop and disseminate explicit clinical and legal guidelines defining “health” in broad terms, including mental and social wellbeing. Ambiguity fosters fear among providers and restricts access.
2. Provider training and task-shifting
Expanding the cadre of trained providers - including nurses and midwives - can significantly improve access, particularly in underserved areas. Evidence from multi-country studies shows that task-sharing enhances service delivery without compromising safety⁸.
3. Legal protection for providers
Healthcare professionals must be shielded from prosecution when acting within the law. Fear of legal consequences is a major barrier to implementation.
4. Public awareness and information dissemination
Women must be informed of their rights under the law. Without awareness, legal provisions remain inert.
5. Integration into primary healthcare systems
Abortion services under health exceptions should be integrated into routine reproductive healthcare, ensuring accessibility and reducing stigma.
6. Monitoring and accountability mechanisms
Governments should establish systems to track implementation, address grievances, and ensure compliance with national and international human rights standards.

Conclusion

The article “Examining Implementation of Health Exception Laws in Six Countries” is a timely and necessary contribution to the ongoing struggle for reproductive justice. It reminds us that laws are only as effective as their implementation, and that the true measure of policy lies in its impact on people’s lives. For

policymakers, practitioners, and advocates, the message is clear: health exception laws must be operationalized with urgency, clarity, and commitment. Federal and state governments, alongside health institutions and regulatory bodies, must move beyond symbolic legality to ensure real, equitable access to care.

Failure to do so will not only perpetuate preventable suffering but will also undermine broader goals of gender equality, public health, and sustainable development. Without doubt, effective implementation offers a pathway toward a more just and humane society - one in which women’s health and rights are not contingent, but guaranteed.

Conflict of Interest: None

References

1. Emily C. Fortman, Catherine R. Stratis, Jean Berchmans-Uwimana, Lilian Sepúlveda, Wendy Chavkin, Dorothy Shaw, Koku Awoonor-Williams. Examining implementation of health exception laws in six countries. *Afr J Reprod Health*. 2026;30 (9): 26-45. doi:10.29063/ajrh2026/v30i9.3
2. Küng SA, Darney BG, Saavedra-Avendaño B, Lohr PA, Gil L. Access to abortion under the health exception: a comparative analysis in three countries. *Reproductive health*. 2018 Jun 13;15(1):107.
3. Chavkin W, Stifani BM, Bridgman-Packer D, Greenberg JM, Favier M. Implementing and expanding safe abortion care: an international comparative case study of six countries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2018 Oct; 143:3-11.
4. Ngwenya C. Taking Women's Rights Seriously: Using Human Rights to Require State Implementation of Domestic Abortion Laws in African Countries with Reference to Uganda (2016) 60 (1). *Journal of African Law*;133.
5. Ishola F, Ukah UV, Alli BY, Nandi A. Impact of abortion law reforms on health services and health outcomes in low-and middle-income countries: a systematic review. *Health Policy and Planning*. 2021 Nov 1;36(9):1483-98.
6. Ngo NV, Pemunta NV, Basil N, Fokunang ET, Mbong SE, Ezra K, Che HN, Ubugadu ES. Reproductive health policy Saga: Restrictive abortion laws in low-and middle-income countries (LMICs), unnecessary cause of maternal mortality. *Health Care for Women International*. 2024 Jan 2;45(1):5-23.
7. Holcombe SJ, Kidanemariam Gebru S. Agenda setting and socially contentious policies: Ethiopia’s 2005 reform of its law on abortion. *Reproductive Health*. 2022 Jun 13;19(Suppl 1):218.
8. Glenton C, Sorhaindo AM, Ganatra B, Lewin S. Implementation considerations when expanding health worker roles to include safe abortion care: a five-country case study synthesis. *BMC Public Health*. 2017 Sep 21;17(1):730.

ÉDITORIAL

De l'exception légale à la réalité vécue : examen des exceptions liées à la santé dans le contexte de l'avortement et de la justice reproductive

DOI: 10.29063/ajrh2026/v30i9.1

Friday Okonofua

Professeur émérite d'obstétrique et de gynécologie et de santé reproductive à l'Université de Benin, au Nigéria ; et rédacteur en chef de l'African Journal of Reproductive Health

Pour toute correspondance: Courriel : feokonofua@yahoo.co.uk

L'article publié dans ce numéro de la revue, intitulé « Examen de la mise en œuvre des lois d'exception pour raisons de santé dans six pays »¹, arrive à un moment critique du débat mondial sur la santé reproductive. Dans une grande partie des pays en développement, le droit à l'avortement – souvent fondé sur des « exceptions pour raisons de santé » restrictives – existe dans la loi, mais reste inapplicable dans la pratique. Ce décalage entre l'autorisation légale et l'accès réel à l'avortement n'est pas qu'une simple lacune technique ; il s'agit d'une profonde injustice sociale qui a des conséquences sur la santé, l'autonomie et la dignité des femmes.

Les lois d'exception pour raisons de santé autorisent généralement l'avortement lorsque la santé physique ou mentale de la femme est en danger. En théorie, elles représentent un compromis entre les régimes juridiques restrictifs et les droits reproductifs plus larges, ainsi que la justice sociale. Cependant, les faits montrent systématiquement que les autorisations légales, à elles seules, ne garantissent pas l'accès à l'avortement. Des recherches comparatives démontrent que dans de nombreux pays, même lorsque l'avortement est techniquement légal pour des raisons de santé, des femmes se voient refuser l'accès à ce service en raison d'une mauvaise mise en œuvre, d'un manque de directives et d'interprétations restrictives.²

Cet article important, publié dans ce numéro de la revue, approfondit cette analyse à travers une étude comparative menée dans six pays, faisant écho à des analyses multinationales antérieures telles que l'étude de Wendy Chavkin et ses collègues³, qui ont examiné les réformes et les stratégies de mise en œuvre dans divers contextes, notamment en Éthiopie, au Ghana et en Afrique du Sud. Ensemble, ces études renforcent un point crucial : l'efficacité de la loi sur l'avortement ne réside pas dans sa formulation, mais dans son application concrète.

Exceptions de santé et éthique du care

D'un point de vue philosophique, les lois relatives aux exceptions de santé reposent sur le principe de nécessité

médicale – l'idée que la préservation de la santé d'une femme justifie l'interruption de grossesse. Or, l'interprétation de la notion de « santé » est très variable. Dans les juridictions où la santé mentale est exclue ou interprétée de manière restrictive, les femmes se voient de fait refuser des soins malgré des risques manifestes pour leur bien-être. Ceci révèle une tension éthique plus profonde : les femmes sont-elles considérées comme des êtres moraux autonomes ou simplement comme des sujets de contrôle réglementaire ?

L'absence d'une mise en œuvre rigoureuse des exceptions de santé compromet le fondement éthique même des soins de santé. La médecine est guidée par les principes de bienfaisance, de non-malfaisance, de justice et de respect de l'autonomie. Lorsque l'ambiguïté juridique ou la crainte de poursuites empêchent les professionnels de santé d'offrir des soins, ces principes sont bafoués. Comme le soulignent les travaux sur les droits humains, les États ont l'obligation positive non seulement d'adopter des lois, mais aussi d'en assurer la mise en œuvre effective, faute de quoi ils violent les droits des femmes à la santé et à l'égalité.⁴

Conséquences pour la santé publique : Avortements non médicalisés et mortalité maternelle

Les conséquences d'une mauvaise mise en œuvre sont dramatiques. Les avortements non médicalisés demeurent une cause majeure de mortalité maternelle, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire. À l'échelle mondiale, on estime que 97 % des avortements non médicalisés ont lieu dans les régions en développement et que jusqu'à 13 % des décès maternels y sont liés⁵. Ces conséquences persistent non pas parce que l'avortement est rare, mais parce qu'il est dangereux et inaccessible.

Il est important de noter que les lois restrictives ne réduisent pas significativement le taux d'avortement ; au contraire, elles déplacent les avortements de conditions sûres vers des conditions dangereuses⁶. Ainsi, la mise en œuvre inefficace des exceptions sanitaires

perpétue un cycle de préjudices évitables, touchant de manière disproportionnée les femmes pauvres et marginalisées.

Justice sociale et inégalités structurelles

Les implications dépassent le cadre de la santé pour englober des questions plus larges de justice sociale. L'accès à l'avortement sécurisé, dans le cadre d'exceptions médicales, est souvent conditionné par la classe sociale, la situation géographique et le niveau d'éducation. Les femmes urbaines et aisées peuvent s'y retrouver dans le système, tandis que les femmes rurales ou défavorisées se heurtent à des obstacles insurmontables. Il en résulte un système à deux vitesses où les droits légaux existent en principe, mais sont inégalement répartis dans la pratique.

L'expérience éthiopienne, par exemple, illustre comment une réforme juridique progressiste peut élargir l'accès à l'avortement lorsqu'elle s'accompagne d'une volonté politique et de l'engagement des parties prenantes⁷. Pourtant, même dans de tels contextes, des difficultés de mise en œuvre persistent, soulignant la nécessité d'un engagement institutionnel soutenu.

Recommandations en matière de politiques et de pratiques

Pour que les lois d'exception pour raisons de santé deviennent de véritables outils de justice reproductive, plusieurs mesures s'imposent :

1. Élaboration de lignes directrices claires et exhaustives
Les gouvernements doivent élaborer et diffuser des lignes directrices cliniques et juridiques explicites définissant la « santé » au sens large, incluant le bien-être mental et social. L'ambiguïté engendre la crainte chez les professionnels de la santé et restreint l'accès aux soins.

2. Formation des prestataires et délégation des tâches
L'élargissement du corps des prestataires formés – notamment les infirmières et les sages-femmes – peut améliorer considérablement l'accès aux soins, en particulier dans les zones mal desservies. Des études menées dans plusieurs pays montrent que le partage des tâches améliore la prestation de services sans compromettre la sécurité.⁸

3. Protection juridique des prestataires
Les professionnels de santé doivent être protégés de toute poursuite lorsqu'ils agissent dans le respect de la loi. La crainte de conséquences juridiques constitue un obstacle majeur à la mise en œuvre de cette protection.

4. Sensibilisation du public et diffusion de l'information
Les femmes doivent être informées de leurs droits en vertu de la loi. Sans sensibilisation, les dispositions légales restent lettre morte.

5. Intégration aux systèmes de soins de santé primaires
Les services d'avortement dispensés dans le cadre d'exceptions sanitaires devraient être intégrés aux soins de santé reproductive courants, afin d'en garantir l'accessibilité et de réduire la stigmatisation..

6. Mécanismes de suivi et de responsabilisation
Les gouvernements devraient mettre en place des systèmes permettant de suivre la mise en œuvre, de traiter les griefs et de garantir le respect des normes nationales et internationales relatives aux droits de l'homme.

Conclusion

L'article « Analyse de la mise en œuvre des lois d'exception pour raisons de santé dans six pays » constitue une contribution opportune et essentielle à la lutte pour la justice reproductive. Il nous rappelle que l'efficacité des lois dépend de leur mise en œuvre et que la véritable mesure d'une politique réside dans son impact sur la vie des personnes.

Pour les décideurs, les praticiens et les défenseurs des droits des femmes, le message est clair : les lois d'exception pour raisons de santé doivent être mises en œuvre avec urgence, clarté et engagement. Les gouvernements fédéral et étatiques, de concert avec les institutions de santé et les organismes de réglementation, doivent dépasser le cadre d'une légalité symbolique pour garantir un accès réel et équitable aux soins.

Ne pas le faire ne fera pas que perpétuer des souffrances évitables et compromettra les objectifs plus larges d'égalité des sexes, de santé publique et de développement durable. Sans aucun doute, une mise en œuvre efficace ouvre la voie à une société plus juste et plus humaine, où la santé et les droits des femmes ne sont pas conditionnels, mais garantis.

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

1. Emily C. Fortman, Catherine R. Stratis, Jean Berchmans-Uwimana, Lilian Sepúlveda, Wendy Chavkin, Dorothy Shaw, Koku Awoonor-Williams. Analyse de la mise en œuvre des lois d'exception pour raisons de santé dans six pays. *Afr J Reprod Health*. 2026;30 (9): 26-45. doi:10.29063/ajrh2026/v30i9.3
2. Küng SA, Darney BG, Saavedra-Avendaño B, Lohr PA, Gil L. Accès à l'avortement dans le cadre de l'exception pour raisons de santé : une analyse comparative dans trois pays. *Reproductive health*. 2018 ;15(1):107.
3. Chavkin W, Stifani BM, Bridgman-Packer D, Greenberg JM, Favier M. Mise en œuvre et développement de soins d'avortement sécurisés : une étude de cas comparative internationale de six pays. *Revue internationale de gynécologie et d'obstétrique*. Octobre 2018 ; 143 : 3-11.
4. Ngweni C. Prendre au sérieux les droits des femmes : utiliser les droits humains pour exiger la mise en œuvre par l'État des lois nationales sur l'avortement dans les pays africains,

- avec le cas de l'Ouganda (2016) 60 (1). *Journal of African Law* ; 133.
5. Ishola F, Ukah UV, Alli BY, Nandi A. Impact des réformes législatives sur l'avortement sur les services de santé et les résultats sanitaires dans les pays à revenu faible et intermédiaire : une revue systématique. *Health Policy and Planning*. 1er novembre 2021 ; 36(9) : 1483-98.
 6. Ngo NV, Pemunta NV, Basil N, Fokunang ET, Mbong SE, Ezra K, Che HN, Ubugadu ES. Saga des politiques de santé reproductive : les lois restrictives sur l'avortement dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI), cause évitable de mortalité maternelle. *Health Care for Women International*. 2 janvier 2024 ; 45(1) : 5-23.
 7. Holcombe SJ, Kidanemariam Gebru S. Agenda setting and socially contentious policies: Ethiopia's 2005 reform of its law on abortion. *Reproductive Health*. 13 juin 2022 ; 19(Suppl 1) : 218.
 8. Glenton C, Sorhaindo AM, Ganatra B, Lewin S. Implementation considerations when expanding health worker roles to include safe abortion care: a five country case study synthesis. *BMC Public Health*. 21 septembre 2017 ; 17(1) : 730.