

EDITORIAL

Giving birth: Individuals trump authorities

DOI: 10.29063/ajrh2025/v29i12.1

Lindsay Edouard

Editor, African Journal of Reproductive Health, Port Louis, Mauritius

For Correspondence: Email: soranae@gmail.com

Planned to meet medically-defined needs, sexual and reproductive health services face an incongruent demand resulting from different perceptions of individuals seeking care. Pregnancy being a physiological state, as opposed to disease, maternal perspectives need emphasis in policy-formulation for service delivery to acknowledge the difference from medical care sought for health problems. The complex issue of caesarean section on maternal request necessitates professional guidelines adapted to local situations. Having no business in bedrooms, government should fully respect individual rights and not use their political power to curtail services, whether as pertaining to personal practices or pronatalist policies.

Festive season

For this editorial of the holiday period, it is apt to send greetings of the season. Whereas it has been traditional for certain religious denominations to celebrate Christmas with the solemnity of the religious feast of nativity, bureaucracy is more concerned by the new Gregorian calendar year with its important implications of an administrative nature. With multicultural settings now being widespread due to globalisation, this birth anniversary for Christianity has assumed social importance worldwide: there are major implications for work routines whether for the provision of health services during the holiday period or production of the end-of-year issue of health journals especially medical weeklies. The imminent beginning of an administrative new year necessitates bureaucratic changes for the opening of new files, registers and databases for service delivery besides different volumes, with new pagination, for learned journals.

Planning is an essential feature of health service management for the holiday period whether in obstetrics for staffing to cope with the unpredictable timing of the spontaneous onset of labour or sexual health for the provision of emergency contraception and prevention of sexually transmitted infections. The holiday season being traditionally associated with partying, gifting, self-reflection and behaviour change, the opportunity should

not be missed for improving relationships with others, especially colleagues.

Whose body is it anyway?

Whilst acknowledging the value of maternity services, we should recognise that pregnancy is a physiological state albeit for its association with various sociocultural practices. Certain traditional rites and rituals, pertaining to pregnancy and childbirth, have their own rationale. In Christianity, protection is sought through the worship of saints such as Philomena and Raymond for babies as opposed to Mary and Monica for mothers. Child naming is influenced by religiosity and other considerations such as traditionalism, culture and socioeconomic development.¹ The timing of practices, such as naming ceremony and duration of postpartum confinement for mother and child, reflects high levels of morbidity and mortality then prevailing during pregnancy and the puerperium. Perceived high levels of neonatal mortality led to diametrically opposed practices in different circles: prompt baptism for religious protection as opposed to delayed naming ceremony, in certain traditional societies, to overcome the dangerous period with a high risk of mortality.² When facing difficult situations, certain individuals seek protection through recourse to religion: beyond prayers, there are objects, such as birth scrolls with inscriptions and illustrations, that are worn during pregnancy and childbirth.³

Whereas Archie Cochrane pioneered the selective utilisation of clinical interventions based on their effectiveness, it was the vision of Iain Chalmers that led to the ensuing widespread evidence-based practice: reproductive health was prominent from the very beginning of the movement through epidemiological studies for both evaluation of the value of procedures and assessment of the impact on the population.⁴ Nevertheless the views of patients and perspectives of the public are primordial for the utilisation of available services.

In the British debate of the 1980s regarding the role of hospital delivery as opposed to domiciliary

confinement, there was a strong lobby from mothers favouring the familiarity of home surroundings for birth in sharp contrast with the medical emphasis on institutional delivery for its safety aspect. Skilled attendance at birth is essential as reflected in indicator 3.1.2 of the Sustainable Development Goals: in sub-Saharan Africa, 73% of births occurred with skilled assistance in 2024 as opposed to 87% globally.⁵ Aimed at reducing socioeconomic disparities, equity for maternal health will necessitate services that are accessible in low-resource settings.⁶

Elective deliveries have been increasingly popular since the 1970s, initially through the induction of labour for strict clinical indications but lately for planned caesarean delivery upon mere maternal request. Whereas obstetricians were earlier suspected of planning the date of delivery in relation to their professional availability, mothers are increasingly responsible for those personal preferences based on perceptions of safety, adverse experience during previous labour and anticipated labour pain besides suiting their own social convenience.⁷ Respectful of the wishes of their patients, health professionals are sometimes willing to perform a caesarean delivery irrespective of clinical indications. Practice guidelines would be useful especially for protocols to assist professionals for counselling mothers regarding behaviour change.

Unplanned but desired?

The provision of a wide range of contraceptive methods empowers individuals to choose what suits them best to meet their specific situation. Irrespective of religiosity, the utilisation of modern methods of contraception is widespread as reflected in official health statistics. It should nevertheless be acknowledged that every method has a failure rate, however low. An unplanned pregnancy might be desired but when unwanted, there are various alternatives including adoption. Religiosity can exert a powerful influence on the lives and health of individuals through the culture and practices of religious denominations.⁸ Freedom of thought being important, individuals should be able to exercise their religious convictions but major issues can arise at the intersection with access to public services.⁹

Restrictive legislation often leads to clandestine activities to meet the demands of individuals wishing recourse to induced abortion.¹⁰ Personal decisions often override religion and government directives in matters pertaining to sex and reproduction, especially fertility control.¹¹ Clandestine procedures for the termination of pregnancy often leading to disastrous outcomes, it is crucial to address the issue as done in Bangladesh with

menstrual regulation through special medicolegal arrangements.¹²

Decreasing fertility

Family formation entails a complex decision-making process, childbearing going much beyond romance and biology to embrace sociocultural and economic issues. Given the opportunity to achieve their desired family size, women worldwide have demonstrated their wish to have fewer children over the last five decades through the utilisation of modern contraception. Gender aspects as pertaining to equity and status of women, specially regarding education and employment, have been largely instrumental for this change.

Decennial censuses have led to detailed analyses providing strong evidence on the state of population within countries. Whereas a decreasing population makes headlines in popular media, demographers assess trends through statistical models based on the age-structure of the population and age-specific fertility rates whilst considering other variables such as mortality and migration. By considering birth rates by age group, total fertility rate is a powerful indicator of future population size, a rate of 2.1 being needed for ensuring replacement level. Declining fertility resulting largely from better living standards, education and health services, development has been considered as being the best contraceptive.¹³

Demography is destiny

Largely determined by the decisions of individuals, demographic changes have major national implications beyond the dependency ratio of an ageing society and its consequences for pensions, health care and other social services. Policy formulation should respond accordingly, including consideration for harnessing the demographic dividend.¹⁴

Fertility rates having already decreased to below replacement level in a majority of countries, the prospect of declining population levels is causing concern in various circles.¹⁵ Pronatalism has been historically associated with nationalism, strict limits on immigration and eugenics. Worried by the scourge of falling fertility, the French government announced an initiative for “demographic rearmament”, through better childbirth leave among others, in January 2024. Besides, pronatalist policies are being considered in the United States of America where the Trump doctrine¹⁶ will draw upon the long-standing profamily stance of JD Vance associated with anti-immigration positions.

Measures for increasing birth rates have consisted of (1) monetary handouts such as a one-time

baby bonus and child allowances, (2) tax relief and exemptions besides low-interest loans, (3) work-related schemes such as parental leave and (4) child care. Appropriate either for poverty reduction specifically or general policy in a modern welfare state for equity and gender considerations, those interventions are unlikely to influence personal decisions on childbearing so as to boost births.¹⁷ Yet another example of the state having no business in the bedrooms of the nation,¹⁸ pronatalist measures might have a small impact to increase births in the short term but most unlikely to change the overall fertility of a cohort in the long term.

Policy formulation for service delivery being preferably evidence-based, a quantitative approach has been privileged with an emphasis on sound statistical analyses¹⁹ as opposed to qualitative considerations based on speculations. The perspective of individuals should not be underestimated for exerting their freedoms and rights whether through their decisions for service utilisation, lifestyle or vote through the ballot box.

The efforts of governments for improving the wellbeing of their populations often face hurdles due to different perspectives of certain groups concerning specific aspects of a welfare state. Incongruency between service provision and utilisation is even more marked for sexual and reproductive health: at the intersection between human rights and demand for care, the choice of individuals prevails thereby overriding the aims of government policies. A rights-based approach is needed for the provision of maternity, family planning and abortion care by recognising that, with the primacy of their decision making, individuals can surpass the intentions of authorities.

Conflict of interest: None

References

1. Connor DS. In the name of the father? Fertility, religion and child naming in the demographic transition. *Demography* 2021; 58: 1793-1835.
2. Edouard L and Gregory CL. Traditional birth practices. Maternal and Child Health Unit WHO/MCH/85.11. Geneva: World Health Organization, 1985.
3. Wellcome Collection. Expecting: birth, belief and protection. Exhibition – 24 October 2025 to 19 April 2026. London: Wellcome Trust, 2025.
4. Chalmers I. The Cochrane collaboration: preparing, maintaining and disseminating systematic reviews of the effects of health care. *Ann N Y Acad Sci* 1993; 703: 156-163.
5. United Nations Statistics Division. UN data commons for the SDGs. New York: UN Department of Economic and Social Affairs, 2025.
6. Edouard L, Bernstein S. Seeking equity in maternal health. *Lancet* 2006; 367: 279-281.
7. Obed JY, Bako BG, Agida TE and Nwobodo EI. Caesarean delivery on maternal request: consultants' view and practice in the West African subregion. *J West Afr Coll Surg* 2013; 3: 72-83.
8. Berggren N and Ljunge M. Good faith and bad health: self-assessed religiosity and self-assessed health of women and men in Europe. *Social Indicators Research* 2020;153:323-344.
9. Wang X. Sacred thoughts, secular harms. *Columbia Law Review* 2025;125:133-150.
10. Human Reproduction Programme. Clinical practice handbook for quality abortion care. Geneva: World Health Organization, 2023.
11. Kissling F. The place for individual conscience. *J Med Ethics* 2001; 27 (Suppl 2): ii24-ii27.
12. Singh S, Hossain A, Maddow-Zimet I, Vlassoff M, Bhuiyan HU and Ingerick M. The incidence of menstrual regulation procedures and abortion in Bangladesh, 2014. *Int Perspect Sex Reprod Health* 2017; 43: 1-11.
13. Editorial. Whose future? Whose world? *Lancet* 1993; 342: 1125-1126.
14. Foley EE. In pursuit of the demographic dividend: the return of economic justifications for family planning in Africa. *Sex Reprod Health Matters* 2022; 30: 2133352.
15. Aassve A, Mencarini L, Pirani E and Vignoli D. The last bastion is falling: survey evidence of the new family reality in Italy. *Pop Dev Rev* 2024; 50: 1267-1288.
16. Wallis AB. What does a Trump presidency mean for maternal and infant health in Africa? *Afr J Reprod Health* 2024; 28: 11-15.
17. Gauthier AH and Gietel-Basten S. Family policies in low-fertility countries: evidence and reflections. *Pop Dev Rev* 2025; 51: 125-161.
18. Edouard L. Contraception in Iran: revolution and evolution. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2017; 43: 5-6
19. Riley RD, Cole TJ, Deeks J, Kirkham JJ, Morris J, Perera R, Wade A and Collins GS. On the 12th day of Christmas, a statistician sent to me ... *BMJ* 2022; 379: e072883.

ÉDITORIAL

Accoucher: la priorité aux individus plutôt qu'aux autorités

DOI: 10.29063/ajrh2025/v29i12.1

Lindsay Edouard

Rédactrice, African Journal of Reproductive Health, Port Louis, Maurice

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

Conçus pour répondre à des besoins médicalement définis, les services de santé sexuelle et reproductive sont confrontés à une demande paradoxale, résultant des différentes perceptions des personnes qui sollicitent ces soins. La grossesse étant un état physiologique et non une maladie, il est essentiel de prendre en compte le point de vue maternel lors de l'élaboration des politiques de prestation de services, afin de reconnaître la différence avec les soins médicaux prodigués pour des problèmes de santé. La question complexe de la césarienne à la demande de la mère exige des directives professionnelles adaptées aux contextes locaux. N'ayant pas à s'immiscer dans la vie privée des femmes, les pouvoirs publics devraient respecter pleinement les droits individuels et ne pas utiliser leur pouvoir politique pour restreindre les services, que ce soit en matière de pratiques personnelles ou de politiques natalistes.

Fêtes de fin d'année

En cette période de fêtes, il est de bon ton de vous adresser vos meilleurs vœux. Alors que certaines confessions religieuses ont pour tradition de célébrer Noël avec la solennité de la fête religieuse de la Nativité, la bureaucratie s'intéresse davantage à la nouvelle année du calendrier grégorien et à ses importantes implications administratives. Avec la mondialisation et la généralisation des contextes multiculturels, cet anniversaire de la naissance du christianisme revêt une importance sociale mondiale : il a des répercussions majeures sur l'organisation du travail, qu'il s'agisse de la prestation des services de santé pendant les fêtes ou de la publication du numéro de fin d'année des revues médicales, notamment les hebdomadaires médicaux. Le début imminent d'une nouvelle année administrative nécessite des changements bureaucratiques pour l'ouverture de nouveaux dossiers, registres et bases de données, ainsi que pour la publication de nouveaux volumes, avec une nouvelle pagination, pour les revues scientifiques.

La planification est essentielle à la gestion des services de santé pendant les fêtes, que ce soit en obstétrique pour assurer la continuité des soins et faire

face à l'imprévisibilité des accouchements spontanés, ou en santé sexuelle pour la mise à disposition de la contraception d'urgence et la prévention des infections sexuellement transmissibles. Les fêtes étant traditionnellement associées à la fête, aux cadeaux, à l'introspection et à l'adoption de nouveaux comportements, il ne faut pas manquer cette occasion d'améliorer les relations avec autrui, en particulier avec les collègues.

À qui appartient ce corps, au fond ?

Tout en reconnaissant l'importance des services de maternité, il convient de rappeler que la grossesse est un état physiologique, même si elle est associée à diverses pratiques socioculturelles. Certains rites et rituels traditionnels liés à la grossesse et à l'accouchement ont leur propre signification. Dans le christianisme, la protection est recherchée par le culte de saints tels que Philomène et Raymond pour les nouveau-nés, par opposition à Marie et Monique pour les mères. Le choix du prénom d'un enfant est influencé par la religiosité et d'autres considérations comme le traditionalisme, la culture et le développement socio-économique.¹ Le calendrier des pratiques, comme la cérémonie de baptême et la durée du confinement post-partum pour la mère et l'enfant, reflète les taux élevés de morbidité et de mortalité qui prévalaient alors pendant la grossesse et le post-partum. La perception d'un taux élevé de mortalité néonatale a engendré des pratiques diamétralement opposées dans différents milieux : le baptême rapide, à visée de protection religieuse, par opposition à la cérémonie de baptême différée, dans certaines sociétés traditionnelles, afin de surmonter la période critique marquée par un risque élevé de mortalité.² Face à des situations difficiles, certaines personnes se tournent vers la religion pour se protéger : outre les prières, il existe des objets, tels que des rouleaux de naissance ornés d'inscriptions et d'illustrations, portés pendant la grossesse et l'accouchement.³

Alors qu'Archie Cochrane a été le pionnier de l'utilisation sélective des interventions cliniques en

fonction de leur efficacité, c'est la vision d'Iain Chalmers qui a conduit à la généralisation des pratiques fondées sur des données probantes : la santé reproductive a occupé une place prépondérante dès les débuts du mouvement, grâce à des études épidémiologiques permettant d'évaluer la valeur des procédures et leur impact sur la population.⁴ Néanmoins, l'avis des patients et le point de vue du public sont primordiaux pour l'utilisation des services disponibles.

Lors du débat britannique des années 1980 concernant le rôle de l'accouchement en milieu hospitalier par rapport à l'accouchement à domicile, un puissant lobbying s'est exercé par les mères, qui privilégiaient le confort de leur foyer pour accoucher, en opposition directe avec l'accent mis par le corps médical sur l'accouchement en établissement de santé pour des raisons de sécurité. L'assistance qualifiée à l'accouchement est essentielle, comme le reflète l'indicateur 3.1.2 des Objectifs de développement durable : en Afrique subsaharienne, 73 % des accouchements ont eu lieu avec l'assistance de personnel qualifié en 2024, contre 87 % au niveau mondial.⁵ Visant à réduire les inégalités socio-économiques, l'équité en matière de santé maternelle nécessitera des services accessibles même dans les contextes à faibles ressources.⁶

Les accouchements programmés sont de plus en plus fréquents depuis les années 1970, d'abord par déclenchement du travail pour des indications cliniques strictes, puis plus récemment par césarienne programmée à la simple demande de la mère. Alors qu'auparavant on soupçonnait les obstétriciens de planifier la date d'accouchement en fonction de leurs disponibilités, les mères assument de plus en plus leurs préférences personnelles, fondées sur leur sentiment de sécurité, leurs expériences négatives lors d'accouchements précédents et l'appréhension de la douleur, sans oublier leur propre confort social.⁷

Respectueux des souhaits de leurs patientes, les professionnels de santé sont parfois disposés à pratiquer une césarienne indépendamment des indications cliniques. Des recommandations de pratique clinique seraient utiles, notamment des protocoles pour accompagner les professionnels dans le conseil aux mères concernant les changements de comportement.

Accouchement imprévu mais désiré ?

La large gamme de méthodes contraceptives disponibles permet à chacun de choisir celle qui lui convient le mieux. Indépendamment des convictions religieuses, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes est répandue, comme en témoignent les statistiques

sanitaires officielles. Il convient toutefois de rappeler que toute méthode a un taux d'échec, aussi faible soit-il. Une grossesse non désirée peut être souhaitée, mais lorsqu'elle est non désirée, diverses alternatives existent, notamment l'adoption. La religiosité peut exercer une influence considérable sur la vie et la santé des individus à travers la culture et les pratiques des différentes confessions religieuses.⁸ La liberté de pensée étant essentielle, chacun devrait pouvoir exercer ses convictions religieuses, mais des problèmes majeurs peuvent surgir à l'intersection de l'accès aux services publics.⁹

Une législation restrictive conduit souvent à des activités clandestines pour répondre aux demandes des personnes souhaitant recourir à l'avortement provoqué.¹⁰ Les décisions personnelles prévalent souvent sur la religion et les directives gouvernementales en matière de sexualité et de reproduction, notamment en ce qui concerne la contraception.¹¹ Les procédures clandestines d'interruption de grossesse entraînent souvent des conséquences désastreuses ; il est donc crucial de s'attaquer à ce problème, comme cela a été fait au Bangladesh avec la régulation des menstruations par le biais de dispositifs médico-légaux spécifiques.¹²

Baisse de la fécondité

La fondation d'une famille implique un processus décisionnel complexe, la procréation allant bien au-delà du romantisme et de la biologie pour englober des enjeux socioculturels et économiques. Ayant la possibilité d'atteindre la taille de famille souhaitée, les femmes du monde entier ont manifesté leur désir d'avoir moins d'enfants au cours des cinquante dernières années grâce à l'utilisation de la contraception moderne. Les aspects liés au genre, notamment en ce qui concerne l'équité et le statut des femmes, en particulier en matière d'éducation et d'emploi, ont largement contribué à cette évolution.

Les recensements décennaux ont permis des analyses détaillées, apportant des preuves solides sur l'état de la population au sein des pays. Si le déclin démographique fait la une des médias, les démographes évaluent les tendances à l'aide de modèles statistiques basés sur la structure par âge de la population et les taux de fécondité par âge, tout en tenant compte d'autres variables telles que la mortalité et les migrations. En considérant les taux de natalité par groupe d'âge, l'indice synthétique de fécondité est un indicateur puissant de la taille future de la population ; un taux de 2,1 étant nécessaire pour assurer le renouvellement des générations. La baisse de la fécondité, résultant principalement de l'amélioration du niveau de vie, de

l'éducation et des services de santé, est considérée comme le meilleur moyen de contraception.¹³

La démographie est notre destin

Largement déterminées par les décisions individuelles, les évolutions démographiques ont des implications nationales majeures, au-delà du simple ratio de dépendance d'une société vieillissante et de ses conséquences sur les retraites, les soins de santé et les autres services sociaux. L'élaboration des politiques devrait en tenir compte, notamment en envisageant de tirer parti du dividende démographique.¹⁴

Les taux de fécondité étant déjà passés sous le seuil de remplacement dans la majorité des pays, la perspective d'un déclin démographique suscite des inquiétudes dans divers milieux.¹⁵ Le nataliste a historiquement été associé au nationalisme, à des restrictions strictes en matière d'immigration et à l'eugénisme. Préoccupé par le fléau de la baisse de la fécondité, le gouvernement français a annoncé en janvier 2024 une initiative de « réarmement démographique », notamment par l'amélioration du congé de maternité. Par ailleurs, des politiques natalistes sont envisagées aux États-Unis, où la doctrine Trump¹⁶ s'appuie sur la position pro-famille de longue date de J.D. Vance, associée à des positions anti-immigration.

Les mesures visant à augmenter le taux de natalité comprennent : (1) des aides financières telles qu'une prime de naissance et des allocations familiales ; (2) des allègements et exonérations fiscales, ainsi que des prêts à taux réduit ; (3) des dispositifs liés à l'emploi, comme le congé parental ; et (4) des services de garde d'enfants. Que ce soit spécifiquement pour la réduction de la pauvreté ou dans le cadre d'une politique générale d'un État-providence moderne prenant en compte l'équité et l'égalité des sexes, ces interventions ont peu de chances d'influencer les décisions individuelles en matière de procréation et donc d'accroître le nombre de naissances.¹⁷ Voilà un autre exemple de la place qu'occupe l'État dans la sphère privée.¹⁸ Les mesures natalistes pourraient certes avoir un léger impact sur le nombre de naissances à court terme, mais il est fort improbable qu'elles modifient la fécondité globale d'une génération à long terme.

L'élaboration des politiques de prestation de services étant de préférence fondée sur des données probantes, une approche quantitative a été privilégiée, mettant l'accent sur des analyses statistiques rigoureuses¹⁹ contrairement aux considérations qualitatives fondées sur des spéculations, il convient de ne pas sous-estimer le rôle des individus dans l'exercice de leurs libertés et de leurs droits, que ce soit par leurs

choix en matière de services, de mode de vie ou par leur vote.

Les efforts des gouvernements pour améliorer le bien-être de leurs populations se heurtent souvent à des obstacles liés aux divergences de points de vue de certains groupes concernant des aspects spécifiques de l'État-providence. L'inadéquation entre l'offre et l'utilisation des services est encore plus marquée dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive : à l'intersection des droits humains et de la demande de soins, le choix des individus prévaut, primant ainsi sur les objectifs des politiques publiques. Une approche fondée sur les droits est nécessaire pour la prise en charge de la maternité, la planification familiale et l'accès à l'avortement, en reconnaissant que, forts de leur pouvoir de décision, les individus peuvent aller au-delà des intentions des autorités.

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

1. Connor DS. Au nom du père ? Fertilité, religion et appellation des enfants dans la transition démographique. *Démographie* 2021 ; 58 : 1793-1835.
2. Edouard L. et Gregory C.L. Pratiques traditionnelles d'accouchement. Unité Santé maternelle et infantile OMS/MCH/85.11. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 1985.
3. Wellcome Collection. Attendre un enfant : naissance, croyances et protection. Exposition – 24 octobre 2025 au 19 avril 2026. Londres : Wellcome Trust, 2025.
4. Chalmers I. La collaboration Cochrane : préparation, mise à jour et diffusion des revues systématiques des effets des soins de santé. *Ann N Y Acad Sci* 1993 ; 703 : 156-163.
5. Division de statistique des Nations Unies. Données communes des Nations Unies pour les ODD. New York : Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2025.
6. Edouard L, Bernstein S. Vers l'équité en santé maternelle. *Lancet* 2006 ; 367 : 279-281.
7. Obed JY, Bako BG, Agida TE et Nwobodo EI. Césarienne à la demande de la mère : point de vue et pratique des consultants en Afrique de l'Ouest. *J West Afr Coll Surg* 2013 ; 3 : 72-83.
8. Berggren N et Ljunge M. Bonne foi et mauvaise santé : religiosité et santé auto-évaluées des femmes et des hommes en Europe. *Social Indicators Research* 2020 ; 153 : 323-344.
9. Wang X. Pensées sacrées, préjugés profanes. *Columbia Law Review* 2025 ; 125 : 133-150.
10. Programme de reproduction humaine. Manuel de pratique clinique pour des soins de qualité en matière d'avortement. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2023.
11. Kissling F. La place de la conscience individuelle. *J Med Ethics* 2001 ; 27 (Suppl 2) : ii24-ii27.
12. Singh S, Hossain A, Maddow-Zimet I, Vlassoff M, Bhuiyan HU et Ingerick M. L'incidence des procédures de régulation menstruelle et de l'avortement au Bangladesh, 2014. *Int Perspect Sex Reprod Health* 2017 ; 43 : 1-11.
13. Éditorial. Quel avenir ? Quel monde ? *Lancet* 1993 ; 342 : 1125-1126.

14. Foley EE. À la poursuite du dividende démographique : le retour des justifications économiques pour la planification familiale en Afrique. *Sex Reprod Health Matters* 2022 ; 30 : 2133-2152.
15. Aassve A, Mencarini L, Pirani E et Vignoli D. Le dernier bastion s'effondre : résultats d'une enquête sur la nouvelle réalité familiale en Italie. *Pop Dev Rev* 2024 ; 50 : 1267-1288.
16. Wallis AB. Que signifie une présidence Trump pour la santé maternelle et infantile en Afrique ? *Afr J Reprod Health* 2024 ; 28 : 11-15.
17. Gauthier AH et Gietel-Basten S. Politiques familiales dans les pays à faible fécondité : constats et réflexions. *Pop Dev Rev* 2025 ; 51 : 125-161.
18. Edouard L. La contraception en Iran : révolution et évolution. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2017 ; 43 : 5-6.
19. Riley RD, Cole TJ, Deeks J, Kirkham JJ, Morris J, Perera R, Wade A et Collins GS. Le douzième jour de Noël, un statisticien m'a envoyé... *BMJ* 2022 ; 379 : e072883.