

# BULLETIN D'INFORMATION SUR LA POPULATION DE MADAGASCAR



Numéro 11 – Novembre /Décembre 2005

---

## La santé de la reproduction à Madagascar

Du 12 au 15 décembre s'est déroulée à Antsirabe la réunion de concertation nationale en santé de la reproduction. Organisée par le Ministère de la santé et du planning familial et le FNUAP, cette réunion a permis aux différents acteurs de la santé de la reproduction (Ministères, Directions régionales, ONG, institutions internationales, etc) de se rencontrer, d'échanger et de débattre afin d'émettre, au terme de quatre jours, des recommandations et de définir des objectifs pour l'année à venir. Une des recommandations importantes est d'améliorer le système d'information, de centralisation et de diffusion des données sur les actions menées en santé de la reproduction afin de connaître le nombre de méthodes prescrites, le nombre de nouveaux utilisateurs, etc. L'objectif essentiel est de faire augmenter le taux de prévalence contraceptive de 2 points par an à partir de 2006. Il a été souligné à ce titre que tous les acteurs doivent être mis à contribution : du district jusqu'au ministère, les acteurs publics comme les acteurs privés. L'accent a aussi été mis sur la nécessité de prendre en compte les différents contextes régionaux dans la mise en œuvre des programmes de santé de la reproduction, les comportements et les attentes des population ne sont pas les mêmes sur tout le territoire malgache. Il faut d'ailleurs souligner que les 22 directeurs régionaux de la santé et de la planification familiale étaient présents à Antsirabe. Cette réunion est pour nous l'occasion d'évoquer brièvement deux des sujets débattus au cours de cette réunion de concertation : premièrement, le lien entre le taux de prévalence contraceptive et le niveau de la fécondité, deuxièmement, la question de la demande en contraception chez les adolescents.

Le lien entre la diffusion de la planification familiale et la baisse de la fécondité : exemples africains

La mise en œuvre de programmes de santé de la reproduction et de planification familiale répond à divers objectifs. Ils doivent d'abord garantir le libre choix des individus à choisir le nombre de leurs enfants et le moment de chaque grossesse. En lien avec une politique globale de développement, on attend aussi souvent d'un programme de planification familiale qu'il permette une meilleure maîtrise de la croissance démographique en favorisant la baisse de la fécondité. Ceci nécessite de s'interroger sur le lien entre la diffusion de la contraception et le niveau de la fécondité.

Observons la situation africaine, au sud du Sahara. Pendant longtemps, la fécondité est

restée élevée en Afrique (au-delà de 6 ou 7 enfants par femme). Aujourd'hui, la baisse de la fécondité est amorcée dans la quasi-totalité des pays du continent, y compris à Madagascar. Cependant, il y a encore de très fortes disparités : en 2003, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) variait de 1,9 enfant par femme à l'Ile Maurice à 8,0 au Niger. La diminution du niveau de fécondité a été plus importante en Afrique de l'Est et en Afrique de l'Ouest qu'en Afrique Centrale.

Ces changements ont été concomitants d'une diffusion de la contraception. Cependant les taux de prévalence de la contraception moderne et traditionnelle restent modestes dans la majorité des pays d'Afrique Sub-saharienne. Des 40 pays pour lesquels nous avons des données, seuls 16 ont une prévalence supérieure à 20% et le chiffre descend à 10 pays si on se limite aux méthodes

modernes. A l'instar de la fécondité, la diversité est grande : l'île Maurice a la prévalence la plus élevée (75% pour l'ensemble des méthodes et 60% pour les méthodes modernes) et, à l'inverse, en Sierra Leone (4% pour toutes les méthodes) et en Somalie (1% pour les méthodes modernes), très rares sont les femmes et les couples qui planifient leur fécondité.

Au niveau du continent africain, il y a une corrélation négative entre le taux de prévalence contraceptive et le niveau de fécondité. Cependant, elle n'est pas parfaite. Par exemple, la Guinée, l'Éthiopie, le Swaziland et la Zambie ont le même niveau de fécondité en 2003 malgré des taux de prévalence contraceptive très différents (6%, 8%, 24% et 34%). Inversement, parmi les pays qui ont une faible prévalence (inférieure à 9%), la fécondité varie de 5,1 enfants par femme au Mozambique à 7,2 en Somalie.

La contraception n'est pas le seul facteur de contrôle et de limitation de la fécondité. Par exemple, la Côte d'Ivoire (1998-1999) et Madagascar (2003-2004) ont un niveau de fécondité équivalent (5,2 enfants par femme) mais une prévalence contraceptive significativement différente (respectivement 15 et 27%). Les données des Enquêtes Démographiques et de Santé montrent que d'autres différences importantes existent entre ces deux pays, qui expliquent ce paradoxe apparent. Par exemple, en Côte d'Ivoire, l'abstinence sexuelle après une naissance est nettement plus longue qu'à Madagascar (en moyenne 12 mois contre 3 mois pour la grande île). Cette abstinence qui souvent relève de comportements traditionnels (la croyance que le sperme gâte le lait par exemple) permet d'espacer et de limiter le nombre de grossesses.

En Côte d'Ivoire, comme au Sénégal ou au Cameroun, la baisse de la fécondité a été rendue possible par le maintien de comportements anciens d'espacement des naissances durant la période post-partum (allaitement et abstinence sexuelle) et par un recul de l'âge au mariage.

A l'opposé, il y a des pays où la diffusion de la contraception a été un facteur essentiel de la baisse de la fécondité : l'Afrique du Sud, par exemple où la contraception moderne est relativement bien diffusée dans toutes les couches de la société. En 1998, la prévalence contraceptive est de 67% en milieu urbain et

54% en milieu rural. Elle est supérieure à 50% dans l'ensemble des provinces.

Cette grande diversité des situations africaines s'explique par de nombreux facteurs qui tiennent tant à l'offre de services de planification familiale (disponibilité des méthodes, efficacité des programmes de planification familiale, etc.) qu'à la demande (acceptabilité de la contraception, contexte culturel, social, normes en termes de fécondité et de sexualité, etc.). Elle illustre bien le fait que la contraception n'est que l'une des composantes de la maîtrise de la fécondité parmi d'autres (mariage, abstinence sexuelle post-partum, allaitement). La compréhension des comportements en termes de planification familiale nécessite donc de prendre en compte l'ensemble des facteurs qui limitent la fécondité. Elle montre aussi que l'offre n'est pas l'unique déterminant de la pratique contraceptive. Il ne suffit pas que les méthodes soient disponibles, encore faut-il d'une part que les individus souhaitent planifier leur fécondité et d'autre part que la planification familiale soit légitime, acceptable par la société.

Le lien entre la diffusion de la planification familiale et la baisse de la fécondité à Madagascar

Madagascar connaît à l'instar du grand continent africain une pluralité de situations démographiques. Entre 1997 et 2003, la prévalence contraceptive a augmenté dans toutes les provinces et la fécondité a diminué partout à l'exception de Toliary. Cependant les changements n'ont pas été de même envergure dans toutes les régions. Par exemple, à Toliary, la fécondité reste stable à un niveau élevé (6,3) malgré une prévalence contraceptive en hausse (de 8,6 à 15,8% entre 1997 et 2003). De même Antsiranana affiche un ISF relativement faible (4,8) compte tenu de sa prévalence contraceptive modeste (23%) (à titre de comparaison, Toamasina a un ISF de 5 pour une prévalence de 30%). Ces différents exemples montrent bien que pour analyser un niveau de fécondité à un moment donné, il convient de prendre en compte l'ensemble des facteurs y afférents (allaitement, mariage etc.) ainsi que les contextes particuliers aux provinces tels que les normes qui régissent la sexualité, la fécondité et la nuptialité.

Une autre situation singulière dans le paysage démographique de Madagascar est celle de la capitale. C'est à Antananarivo que l'on a la plus grande offre de méthodes contraceptives, les plus forts taux de scolarisation des filles et des garçons, les plus forts taux d'activité salariée des femmes...autant de facteurs qui sont favorables à une maîtrise de la fécondité. En effet, c'est aussi dans la capitale qu'on observe la plus faible fécondité du pays (2,7 enfants par femme en 2003). Néanmoins, malgré ces conditions favorables, il reste beaucoup de grossesses non désirées. La pratique d'avortements provoqués et clandestins est un marqueur de ce nombre important de grossesses non souhaitées.

Une enquête menée récemment sur 200 femmes qui ont subi un avortement montre que cela concerne deux types de population. Il s'agit d'une part de jeunes filles célibataires, encore scolarisées, pour qui une grossesse signifie la fin de leurs études et le mariage. L'avortement est un moyen pour elles de retarder l'arrivée du premier enfant et donc l'entrée en vie conjugale. D'autre part, l'avortement est aussi subi par des femmes mariées, déjà mères de plusieurs enfants, qui souhaitent retarder l'arrivée d'un enfant supplémentaire ou qui ne souhaitent plus d'enfants. Parmi ces femmes, la moitié ont eu recours plusieurs fois à l'avortement. Pourquoi ces femmes prennent-elles le risque de tomber enceinte alors qu'elles ne le souhaitent pas ? Pourquoi n'utilisent-elles pas de contraception au risque de devoir avorter et donc de mettre en danger leur santé ? La question est complexe et pour l'instant les données disponibles sur le sujet ne permettent pas de répondre de façon satisfaisante à cette question importante des grossesses non désirées à Antananarivo.

Cette enquête sur le recours à l'avortement à Antananarivo a mis en exergue le fait que les grossesses précoces (des jeunes filles âgées de 15 à 19 ans) étaient très mal acceptées dans la capitale et que les jeunes filles enceintes avaient recours à l'avortement pour éviter d'être mal considérées du fait de leur grossesse. De nouveau, il faut souligner la grande diversité régionale : en dehors de la capitale, les grossesses précoces sont nettement plus fréquentes, certaines sont le signe d'une demande en contraception non satisfaite mais certaines sont tout à fait souhaitées et socialement encouragées. Elles posent la

question de la demande de contraception chez les jeunes.

### Les grossesses précoces

La fréquence des grossesses précoces ne se résume pas à une question de connaissance de la contraception. En 2003, la plupart des jeunes filles, entrées ou non en vie sexuelle, connaissent des méthodes contraceptives, méthodes modernes incluses. En parallèle à ces niveaux de connaissance élevés, l'utilisation de la contraception par les jeunes filles est très faible, que ce soit pour les méthodes naturelles ou pour les méthodes modernes. Ces résultats questionnent de façon évidente celle de l'offre contraceptive, mais aussi celle de la demande.

Tout d'abord, le désir de grossesse est généralement très fort chez les jeunes filles, notamment chez celles peu ou pas scolarisées. Ensuite, les grossesses précoces sont très étroitement liées à la nécessité d'entrer en union. Le célibat n'a pas sa place au sein de la société à Madagascar, et ce quelque soit la province. Entre 15 et 19 ans, la grande majorité des jeunes filles est en union, que ce soit dans le cadre d'une cohabitation, d'un mariage, ou d'une simple fréquentation. Pour une part importante de jeunes filles, tomber enceinte est le meilleur moyen de trouver un conjoint ou d'assurer un mariage avec le partenaire actuel. De plus, cohabiter avec son conjoint et avoir un enfant sont souvent les événements qui permettent à la jeune fille de devenir autonome vis-à-vis de ses parents et d'entrer en vie adulte.

Les grossesses précoces s'expliquent donc en partie par le système de normes et de valeurs relatifs à l'entrée en vie adulte mais aussi par l'absence d'opportunités sociales et économiques réservées aux adolescentes. Les jeunes filles qui peuvent être scolarisées au-delà du primaire et qui ensuite peuvent obtenir un emploi formel expriment leur souhait de retarder l'entrée en vie féconde et leur mariage. L'accession à un emploi après une longue scolarisation est un moyen d'entrée en vie adulte autre que par le mariage ou la maternité.

Il reste néanmoins difficile de saisir de façon précise les facteurs qui expliquent le maintien d'une forte fécondité précoce dans certaines régions. Pourtant, il est absolument nécessaire

de comprendre le contexte de la sexualité et de la fécondité des jeunes pour améliorer les programmes de planification familiale à destination de ces adolescents.

L'analyse des enquêtes démographiques et de santé donne des informations précieuses sur les comportements et les raisons de la faible utilisation de la contraception chez les jeunes filles. Néanmoins, elles sont insuffisantes pour une analyse approfondie des déterminants du recours à la contraception. Des enquêtes microlocales associant des méthodes qualitatives et quantitatives sont indispensables. Plusieurs enquêtes de ce type sont en cours dont voici quelques résultats préliminaires.

Dans la province d'Antananarivo, en milieu rural, l'entrée en vie sexuelle se fait le plus fréquemment dans le cadre d'une fréquentation avec un projet de mariage. La stigmatisation des grossesses prémaritales et des mères célibataires est telle que les adolescents évitent d'avoir des relations sexuelles avec une personne qu'ils ne sont pas sûrs d'épouser. La survenue d'une grossesse est généralement déclencheur d'un mariage rapide. Ce schéma est rendu possible par l'exiguïté de l'espace au sein duquel les jeunes se fréquentent. Tout le monde se connaît, et les moyens de pression sur les jeunes en cas de grossesse prémaritale sont importants et évidents. Les jeunes pour éviter les grossesses prémaritales et donc précoces utilisent rarement un moyen de contraception : utiliser un contraceptif c'est révéler qu'on a une sexualité, ce qui est particulièrement difficile dans un contexte où la sexualité des jeunes est mal vue. Les jeunes évitent donc le plus possible les relations sexuelles avant le mariage et ne s'engagent dans une vie sexuelle que lorsqu'il y a projet de mariage, que ce projet soit à court ou à moyen terme.

Dans la province d'Antananarivo, en milieu urbain, la situation est quelque peu différente. Une enquête auprès de 100 étudiantes de l'université d'Antananarivo révèle une fréquence élevée de grossesses non désirées. Pourtant, ces étudiantes ont accès à la planification familiale. Un cinquième d'entre elles sont déjà tombées enceintes et la quasi-totalité de ces grossesses ont abouti à un avortement provoqué. Les jeunes

filles se protègent peu des risques de grossesses – seules 30% de celles qui ont eu des relations sexuelles ont utilisé une méthode contraceptive – et pourtant elles ne souhaitent pas avoir d'enfants. Elles veulent retarder l'arrivée de la première naissance et donc l'entrée en vie maritale notamment pour mener à bien leurs études et leur projet professionnel.

Cependant, il n'y a pas que chez les universitaires que les grossesses précoces ne sont pas désirées. Une enquête récente dans la ville d'Antsohihy – province de Majanga, où la situation démographique, économique et socio-culturelle est différente de celle d'Antananarivo – a permis de montrer que plus de 20% des premières grossesses chez les adolescentes avaient donné lieu à un avortement provoqué. Les premières relations sexuelles sont précoces et le plus souvent non protégées.

Une connaissance fine de la demande en matière de contraception spécifique aux jeunes est nécessaire pour mettre en place des programmes efficaces de planification familiale auprès des jeunes. Des enquêtes microlocales, mêlant méthodes quantitatives (analyse des comportements et des perceptions) et méthodes qualitatives (analyse des perceptions, du contexte social et relationnel) permettent d'intégrer d'autres dimensions déterminantes du recours à la contraception chez les adolescents. En effet, la sexualité des adolescents n'est pas acceptée de la même manière dans les différents milieux ou provinces de l'île. Le fait que la société accepte que les jeunes aient une vie sexuelle conditionne fortement leur possibilité d'accès à la contraception. De la même manière, les différences attendues de comportement entre les jeunes filles et les jeunes garçons sont déterminantes de leurs pratiques en matière de contraception. Les jeunes filles ne sont en effet pas les seules à décider de l'utilisation d'une contraception ou à courir le risque d'une grossesse ou d'une IST.

Clotilde Binet, Bénédicte Gastineau, Rigobert Rafiringason

## Références

- BINET C., 2005, *Fréquentations amoureuses et entrée en union dans une commune rurale de la province d'Antananarivo*, Travaux et documents 4D, ICM/IRD, Antananarivo, 16p.
- GASTINEAU B., 2005, « Devenir parents en milieu rural malgache. Evolutions dans la province d'Antananarivo », *Revue Tiers-Monde*, n° 182, pp.307-327.
- GAUTIER A. (ed.), 2004, *Les politiques de planification familiale. Cinq expériences nationales*, Les Collections du Ceped, Rencontres, CEPED, 231p.
- GUILLAUME A., KHLAT M. (ed.), 2004, *Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique*, Les Collections du Ceped, Rencontres, CEPED, 160 p.
- RAJAONARISOA R.S., 2005, *Sexualité et procréation des adolescents (15-19 ans) dans la ville d'Antananarivo*, mémoire de maîtrise, Université d'Antananarivo, Antananarivo.
- RANDRIANASOLO N.M., 2005, *L'abandon d'enfants par les mères célibataires à Antananarivo-ville*, mémoire de DEA, ICM, Antananarivo.
- RAZAFIARISON J.C., 2005, *Sexualité et procréation des adolescents dans la ville d'Antsohihy*, mémoire de DEA, ICM, Antananarivo.
- POPULATION REFERENCE BUREAU, 2004, *2003 Fiche de données sur la population*, PRB - <http://www.prb.org>
- RÉPUBLIQUE DE MADAGASCAR, 2005, *Enquête démographique et de santé Madagascar 2003-2004*, INSTAT et ORC Macro, Antananarivo, 442p.
- VIMARD P., FASSASI R., TALNAN E., 2003, *Les débuts de la transition de la fécondité en Afrique Subsaharienne*, Série Santé de la reproduction, fécondité et développement, Documents de recherche n°2, Laboratoire Population - Environnement - Développement, Marseille, 29p. - <http://www.lped.org>



## Pour en savoir plus sur la santé maternelle

On peut se référer aux sites internet des organisations et institutions qui ont des actions en santé de la reproduction à Madagascar. En voici une liste non exhaustive.

- Le Ministère de la Santé et du Planning Familial (MSPF)  
[www.sante.gov.mg](http://www.sante.gov.mg)
- Fonds des Nations-Unies pour la Population (FNUAP)  
[http://takelaka.dts.mg/fnuap/page\\_d'accueil.htm](http://takelaka.dts.mg/fnuap/page_d'accueil.htm)
- Population Service International (PSI)  
<http://www.psi.org>
- Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID)  
<http://www.usmission.mg/usaidd/indexfr.htm>
- Japan International Cooperation Agency (JICA)  
<http://www.jica.mg>
- Organisation Allemande pour la Coopération Technique (GTZ)  
<http://www.gtz.de/de/weltweit/afrika/587.htm>
- Marie Stopes International (MSI)  
<http://www.mariestopes.org.uk/ww/madagascar.htm>

## Recherche en cours sur Madagascar

Nicolas Razafindratsima ([razafind@ined.fr](mailto:razafind@ined.fr)) est statisticien à l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED). Dans le cadre de sa thèse, il s'intéresse aux «Solidarités privées dans l'agglomération d'Antananarivo : famangiana (visites), cohabitation, entraide financière et matérielle ».

La thèse étudie trois formes de « solidarités » dans l'agglomération d'Antananarivo :

- les *famangiana*, coutume malgache qui consiste, à l'occasion de certains événements, à rendre visite à une famille et à lui faire un don ;
- la cohabitation au sein d'un même ménage ;
- l'entraide matérielle et financière entre ménages différents.

Ces phénomènes sont liés à des questions démographiques. En premier lieu, les *famangiana* ont lieu à l'occasion d'événements démographiques, comme une naissance (on offre alors un *rom-patsa* à la mère du nouveau-né) ou un décès (on offre un *famangiana manjo* à la famille du défunt). En second lieu, l'étude de la cohabitation permet de s'intéresser à la taille et la structure des ménages. Et, enfin, l'entraide financière et matérielle, qui donne lieu à des transferts d'argent ou de biens, permet d'aborder l'étude des flux de richesse entre les parents et les enfants, qui peut être un déterminant de la baisse de la fécondité. L'étude contribue par ailleurs à éclairer le concept de *fihavanana*, considéré comme une valeur sociétale majeure à Madagascar.

Pour chacune des trois formes de solidarité étudiées, deux objectifs sont poursuivis. Le premier est de produire des données de cadrage, les formes de solidarité étudiées étant encore peu documentées à Madagascar. Le second objectif est de comprendre les déterminants des comportements des ménages. Les données utilisées sont celles de l'enquête « Santé-Education-Transferts » (SET97), enquête statistique menée auprès de 1 022 ménages de l'agglomération d'Antananarivo en 1997 (Madio, 1997).

Les *famangiana* sont une pratique fort répandue (77% des ménages en ont réalisé un en trois mois), qui se manifestent nettement plus lorsque survient un événement malheureux (un décès), qu'heureux (une naissance). La participation des ménages à cette coutume malgache est déterminée notamment par la taille de leur réseau de relations, tandis que les montants des dons qu'ils réalisent sont déterminés par des facteurs économiques (notamment leur revenu). La cohabitation à l'intérieur d'un même ménage a lieu essentiellement entre les parents et leurs enfants. C'est un phénomène massif, puisque très peu de personnes vivent seules (moins de 2%). La cohabitation intergénérationnelle (entre les enfants adultes et leurs parents) semble davantage bénéficier aux jeunes qu'à leurs parents. L'entraide financière et matérielle avec d'autres ménages, enfin, a concerné deux ménages de l'agglomération d'Antananarivo sur trois sur une période de six mois. Lors des transferts qui en découlent, le solde de l'agglomération vis-à-vis du reste du monde est largement positif, en raison notamment des aides reçues de l'étranger. La majeure partie des transferts a lieu entre les parents et leurs enfants, mais, au contraire de la cohabitation, pour l'entraide financière et matérielle, le solde est largement favorable aux parents.



## On parle de Madagascar

- Le 1er décembre 2005 s'est tenu la Journée Mondiale du Sida, qui a été l'occasion de nombreuses manifestations à Madagascar. Une conférence de presse était organisée au Hilton Madagascar par le Programme commun des Nations-Unies sur le VIH-Sida. Par ailleurs, des mesures ont été décrétées sous l'impulsion du Comité national de lutte contre le Sida pour lutter contre la maladie à Madagascar. Rappelons à ce propos que Madagascar a élaboré en 2002 un Plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida.

[http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/ev\\_en.php?ID=3015\\_201&ID2=DO\\_TOPIC](http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/ev_en.php?ID=3015_201&ID2=DO_TOPIC)

Par ailleurs, le rapport annuel d'Onusida « Le point sur l'épidémie du Sida » vient de paraître. Il fait le point sur les dernières estimations de l'étendue de l'épidémie dans les différentes régions du monde, sur les nouvelles tendances de son évolution et propose un aperçu de l'efficacité des méthodes de prévention.

<http://www.unaids.org/en/default.asp>

- Le dernier rapport d'UNIFEM « Progress of the world's women 2005: women, work and poverty » vient de paraître, dix ans après la conférence de Beijing. Il souligne que si l'on veut réduire la pauvreté, il faut améliorer la sécurité économique des femmes en leur donnant accès à des emplois convenables, c'est-à-dire formels et moins précaires.

<http://www.unifem.org/>

- L'Unicef a mis en ligne le 14 décembre son rapport annuel sur la situation des enfants dans le monde 2006. Le rapport (143p.) est consultable en texte intégral ou en version résumée sur le [site de l'Unicef](#).

<http://www.unicef.org>

- Les communications présentées lors de la conférence organisée par le GRIPPS et le LPED (octobre 2005), sur la régulation de la fécondité en Afrique, ainsi que celles présentées par les chercheurs du LPED lors du congrès sur la population de Tours sont désormais disponibles en totalité sur le site du LPED.

Dernières parutions dans les Documents de recherche du LPED :

- Guilmoto C., 2005, *L'Inde et son milliard. Démographie en début de siècle*. Série Santé de la reproduction, fécondité et développement, Documents de recherche n°2, Laboratoire Population – Environnement – Développement, Marseille, 39 p.

- Guillaume A., 2005, *L'avortement provoqué en Afrique : un problème mal connu, lourd de conséquences*, Série Santé de la reproduction, fécondité et développement, Documents de recherche n°2, Laboratoire Population – Environnement – Développement, Marseille, 26 pages.

<http://www.lped.org>



## *Se documenter sur la population à Madagascar*

- *L'Annual Review of Population Law* présente des extraits et des résumés des législations et des textes de lois ou des documents officiels sur les politiques de population, les droits reproductifs et sanitaires (dont l'avortement), le droit des femmes, des enfants et des adolescents etc. On trouve 52 références sur Madagascar avec des textes allant de 1975 à 1990.

[http://annualreview.law.harvard.edu/annual\\_review.htm](http://annualreview.law.harvard.edu/annual_review.htm)

- *Persée* est un portail de revues scientifiques en sciences humaines et sociales, créé par le Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche (France). Il a pour vocation la numérisation et la mise en ligne des collections rétrospectives. Les revues en ligne sont les suivantes : *L'Homme*, *Annales. Histoire, Sciences sociales*, *Revue économique*, *Revue française de science politique*. On trouve 302 références sur Madagascar.

<http://www.persee.fr/>

- À l'occasion de la Journée Africaine de la Statistique qui s'est tenue le 18 novembre 2005 à Entebbe et qui était dédiée cette année aux recensements, le projet IPUMS (International du Minnesota Population Center) a édité un cédérom en coopération avec le CEPED. Le cédérom propose les questionnaires de 170 recensements africains, concernant 54 pays, qui se sont déroulés de 1955 à nos jours.

<http://www.ipums.org/international>

<http://ceped.cirad.fr/documentation>

- *The Alan Guttmacher Institute* est une source d'information très importante sur les questions relatives à la santé de la reproduction (avortement, contraception, sexualité, IST, Sida, etc.). *International Family Planning Perspectives* et *Perspectives on Sexual and reproductive Health* sont deux des publications du Alan Guttmacher Institut.

<http://www.agi-usa.org>



## Evénements

- Du 28 au 30 septembre 2006 est organisé à Paris un colloque international sur « Colonisation, décolonisation et immigration au 19e et 20e siècle ».

"Ce colloque a pour objet de réfléchir sur le lien entre colonisation et circulation des personnes dont les migrations sont l'un des aspects majeurs. Il est ouvert aux chercheurs de toutes les sciences humaines et sociales qui réfléchissent sur la périodisation et la dynamique de ces phénomènes dans l'histoire contemporaine (XIXe et XXe siècle). Cinq thèmes ont été envisagés pour ce colloque : les circulations des hommes et des femmes ; l'économie, le travail, l'emploi et les politiques de main d'oeuvre ; les représentations de l'Autre ; les statuts des personnes et les pratiques administratives ; les rapports de force, les luttes et les répressions".

<http://histoire-immigration.fr/>

- Un séminaire sur les questions éthiques dans les politiques, les programmes et la recherche dans le domaine de la santé de la reproduction aura lieu en août ou septembre 2006 aux Pays-Bas. Il est organisé par la UIESP et le Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI). Vous pouvez envoyer vos propositions de communications (en anglais) jusqu'au 31 janvier 2006. Une annonce et une description complète de ce séminaire sont accessibles par Internet.

<http://www.iussp.org/Activities/scc-rep/rep-call06.php>



Ce numéro a été coordonné par Clotilde Binet (Université Paris X - IRD) et Bénédicte Gastineau (IRD - LPED). Le prochain numéro paraîtra au cours du mois de janvier. Si vous souhaitez nous envoyer vos commentaires sur le numéro 11 ou des informations pour le numéro suivant, vous pouvez nous contacter à l'adresse suivante : [bipmada@yahoo.fr](mailto:bipmada@yahoo.fr)