

## LA FECONDITE A MADAGASCAR : QUELS CHANGEMENTS ?

Bénédicte GASTINEAU  
Chargé de recherche, IRD – UMR 151 – LPED

Rigobert RAFIRINGASON  
Chargé de Programme, UNFPA - Madagascar

Si l'on se réfère au modèle classique de la transition démographique, Madagascar débute tout juste la deuxième phase de la transition, celle de la baisse de la fécondité. Jusqu'à récemment, le niveau de la fécondité s'est maintenu à un niveau élevé tandis que la mortalité a commencé à diminuer au cours des années 1950. L'accroissement démographique est donc fort : actuellement, la population augmente chaque année d'environ 3%. Estimé à 6,6 enfants par femme en 1966, l'Indice Synthétique de Fécondité (nombre moyen d'enfants par femme) n'a franchi le seuil de 6 enfants que très récemment<sup>1</sup>. En 2003, avec un ISF de 5,2 enfants par femme, Madagascar certes fait encore partie des pays « les plus féconds » au monde mais la fécondité y est en nette diminution : en 6 ans (1997 – 2003), l'ISF est passé de 6,0 à 5,2 enfants<sup>2</sup>. Madagascar entre doucement en transition de la fécondité.

### I) La fécondité baisse et le calendrier des naissances se modifie

La situation socioéconomique et culturelle de Madagascar a longtemps été largement favorable à une haute fécondité qui s'apparentait à une fécondité naturelle. La nuptialité y est précoce et universelle et les méthodes de contrôle de la fécondité – modernes et traditionnelles - restent peu répandues. Le statut des individus est lié à leur paternité ou leur maternité et les descendance nombreuses sont fortement valorisées.

---

Ce texte reprend partiellement deux autres textes :

- Gastineau B., 2005, « La transition de la fécondité à Madagascar : tendances et modalités », Colloque *Fécondité et santé de la reproduction dans les pays de l'Océan Indien*, Institut Austral de Démographie de la Réunion, IRD, Saint-Denis de la Réunion, 11p.

- Rafiringason, 2005 « Politique de population et fécondité à Madagascar », Colloque *Fécondité et santé de la reproduction dans les pays de l'Océan Indien*, Institut Austral de Démographie de la Réunion, IRD, Saint-Denis de la Réunion, 11p.

<sup>1</sup> Razafimanjato J., Randriamanjakosoa J. H., Rabeza V., Rakotondrajaona N., Allman J., 2001, « La situation démographique à Madagascar », *Population*, 56 (4), pp.657-668.

<sup>2</sup> Institut National de la Statistique, ORC Macro, 2005, *Madagascar – Enquête nationale démographique 2003-2004*, INSTAT, ORC Macro.

Les enfants constituent à la fois un capital social et un capital économique. Dans les sociétés rurales, agricoles, ils sont une main-d'œuvre fort appréciable. Seule une descendance nombreuse permet aux parents de s'assurer qu'au moment de leur vieillesse, ils auront un enfant – généralement un fils – pour les prendre en charge dans un contexte où les systèmes d'assurance collectifs sont inexistantes.

La transition de la fécondité débute réellement à la fin des années 1990 ou au début du XXI<sup>ème</sup> siècle : l'ISF passe alors en dessous des 6 enfants par femme. Cette baisse de l'intensité de la fécondité se fait en parallèle avec des changements dans le calendrier des naissances. Certes, ce calendrier reste un modèle classique d'un pays à forte fécondité. La fécondité est précoce et elle atteint un maximum à 20-24 ans. Ensuite, elle se maintient à un niveau élevé entre 30 et 34 ans (tableau 1). La baisse de la fécondité est visible à tous les âges mais à des niveaux différents. Elle a été nettement plus forte en fin de vie féconde qu'en début et la fécondité des 15-19 ans a même augmenté entre 1992 et 1997. Le taux de fécondité de ce groupe d'âges passe de 157‰ en 1992 à 180‰ en 1997, en 2003, il revient au niveau de 1992. En 2003, 28% des jeunes filles (15-19 ans) ont déjà un enfant ou sont enceintes.

Tableau 1 : Taux de fécondité générale par groupe d'âges pour l'ensemble des femmes

	1966	1975	1992	1997	2003	Evolution 1966 – 2003 (%)
15-19	141	132	157	180	150	+6,4
20-24	300	272	270	279	245	-18,3
25-29	287	280	272	254	235	-18,1
30-34	284	232	226	215	189	-33,5
35-39	183	195	192	152	130	-29,0
40-44	97	122	89	88	69	-28,9
45-49	32	45	19	25	17	-46,9
ISF (15-49 ans)	6,6	6,4	6,1	6,0	5,2	-21,2

Source : Andrianarivelo et al., 1988<sup>3</sup>, CNRE, Macro Int. 1994<sup>4</sup>, INSTAT, Macro Int., 1998<sup>5</sup>, INSTAT, ORC Macro, 2005, op. cit.

La précocité de la première grossesse est un comportement traditionnel à Madagascar comme ailleurs en Afrique, comportement traditionnel qui conduit à une forte fécondité. Les normes socioculturelles en matière de procréation incitaient les femmes à faire preuve de leur fécondité très tôt pour pouvoir prétendre au mariage. Les jeunes filles malgaches jouissaient d'ailleurs d'une grande liberté sexuelle largement tolérée par les hommes qui, voulant éviter d'épouser une femme stérile, acceptaient de se marier avec une femme déjà mère<sup>6</sup>.

<sup>3</sup> Andrianarivelo R. V., Rakotoson R., 1988, *Niveau, structure et tendance de la fécondité à Madagascar*, Série « Documents et Etudes » n°6, Présidence de la République, Direction Générale du Plan, Unité de Population et Développement, 78p.

<sup>4</sup> Centre National de Recherches sur l'Environnement, Macro International, 1994, *Madagascar - Enquête nationale démographique et Sanitaire 1992*, CNRE et Macro Int.

<sup>5</sup> Institut National de la Statistique, Macro International, 1998, *Madagascar – Enquête nationale démographique 1997*, INSTAT, Macro Int.

<sup>6</sup> Ministère de la culture et de l'art révolutionnaires, 1984, *Us et coutumes malgaches*, Antananarivo, Imprimerie Nationale.

Aujourd'hui, la sexualité adolescente reste importante et elle est généralement bien acceptée. En 2003, plus de la moitié des jeunes filles de 15-19 ans sont déjà entrées en vie sexuelle<sup>7</sup>. Les jeunes garçons sont relativement plus précoces que les filles. La pratique contraceptive chez les adolescents étant très faible, un nombre important des jeunes filles se retrouvent enceintes. A 19 ans, la moitié sont déjà mères. Certaines de ces grossesses sont désirées, d'autres non. Dans la société *Sakalava* du Menabe par exemple les jeunes célibataires doivent aujourd'hui encore faire preuve de leur fécondité avant de prétendre au mariage. Si une femme atteint son vingtième anniversaire sans avoir eu d'enfants, elle sera considérée comme stérile et aura beaucoup de difficultés à se marier<sup>8</sup>.

A l'inverse, dans la capitale Antananarivo, l'interdit de la sexualité et les naissances pré-nuptiales chez les adolescents est fort<sup>9</sup>. L'idéal de la virginité avant le mariage s'est diffusé, limitant ainsi la liberté sexuelle et la fécondité des jeunes filles. Les adolescentes évitent tant que possible les grossesses pré-nuptiales car elles peuvent entraîner leur marginalisation voire leur rejet de la famille : « La famille [de l'adolescente enceinte] peut être la proie d'un sentiment de honte pour sa fille. Ce comportement aboutit parfois au rejet de l'adolescente »<sup>10</sup>.

La fécondité des adolescentes est donc très variable selon le niveau d'instruction et la région (tableau 2). Selon le contexte, les grossesses des jeunes filles sont encouragées, seulement tolérées ou désapprouvées. La scolarisation est un facteur important du recul de l'âge à la première grossesse : en 2003, plus de la moitié des adolescentes (57%) sans instruction sont déjà mère d'un ou plusieurs enfants contre seulement 10% de celles qui ont pu fréquenter un lycée ou un établissement d'enseignement supérieur.

**Tableau 2 : Proportion des femmes (15-19 ans) qui ont commencé leur vie reproductive (%) par grande région**

Région	1992	1997	2003
Antananarivo	17,2	17,1	18,6
Fianarantsoa	29,3	41,9	33,8
Toamasina	22,4	38,2	36,3
Mahajanga	40,9*	52,7	55,8
Antsiranana		39,8	43,3
Toliary	44,9	52,3	47,9
Total	29,0	35,7	34,0

Source : CNRE, Macro Int.1994, op. cit., INSTAT, Macro Int., 1998, op. cit., INSTAT, ORC Macro, 2005, op. cit.

\* Pour des questions d'échantillonnage, les données des deux provinces ont été agrégées

<sup>7</sup> INSTAT, ORC Macro, 2005, op. cit.

<sup>8</sup> Andrianetrazafoy, non daté, *Notes sur la sexualité chez les Sakalava du Menabe. L'exemple du village de Mangily*, Notes.

<sup>9</sup> Gastineau B., 2004, « Une évaluation de l'ampleur des naissances précoces à Madagascar », Chaire Quételet 2004, *Santé de la reproduction au Nord et au Sud - De la connaissance à l'action*, 17 - 20 novembre 2004, Louvain-la-Neuve, Belgique, 10p.

<sup>10</sup> Maroantsetra M., 1995, *Les grossesses précoces en milieu urbain : profil de la population vulnérable. Etude faite dans le dispensaire d'Antanimena*, Thèse de médecine, université d'Antananarivo.

La fécondité reste précoce et c'est en fin de vie fécondité que la baisse de la fécondité est la plus forte. Examinons deux des facteurs explicatifs possibles de ce changement : la pratique contraceptive et l'infécondabilité post-partum (allaitement et l'abstinence sexuelle post-partum).

## II) La prévalence contraceptive augmente

### A. La politique de population et l'offre en matière de planification familiale

Tout au long de la première république malgache (1960-1975), la politique est résolument pronataliste. La loi française de 1920 interdisant la contraception et l'avortement appliquée pendant la période coloniale est toujours en vigueur. Cependant, c'est pendant cette période que l'idée d'une politique de contrôle de naissance est née au sein du collège théologique protestant d'Antananarivo où l'épouse d'un missionnaire anglais, Mrs Beth Arnold et celle du directeur du collège ont entrepris de parler de planification familiale auprès des femmes des futurs pasteurs. De cette initiative est née l'association de planification familiale *Fisa* (Fianakaviana Sambatra).

Dès 1967, le Ministère des Affaires Sociales signe un décret autorisant les activités de l'association *Fisa* en matière de santé de la mère et de l'enfant. *Fisa* est alors la première association d'Afrique subsaharienne francophone à informer les femmes sur le contrôle des naissances et les méthodes contraceptives. Cette organisation non gouvernementale confessionnelle, organise des réunions d'information dans les établissements scolaires et les centres de loisirs pour les jeunes afin de les amener progressivement à prendre conscience de la nécessité de planifier leur famille en promouvant les méthodes naturelles de contraception<sup>11</sup>.

Le Ministère de la Population et de la Condition Sociale voit le jour au début des années 1970. Madagascar a ainsi pu assister à la première Conférence Internationale sur la Population et le Développement, organisée par les Nations Unies à Bucarest en 1974, puis à la deuxième Conférence Internationale sur la Population et le Développement de Mexico (1984), à l'issue de laquelle Madagascar fut le premier pays d'Afrique à mettre sur place un Groupement des Parlementaires sur la Population et le Développement (GNPPD). Dès lors, le mouvement en vue de l'adoption d'une politique nationale de population était irréversible.

L'association *Fisa* a pu étendre ses activités par la création de nouvelles antennes. Cependant, les activités de *Fisa* sont concentrées à Antananarivo et dans les autres villes. En zone rurale, la pratique de la contraception reste quasi nulle et la fécondité reste « naturelle » jusqu'au début des années 1990.

Il faut cependant attendre 1990 et la loi du 12 décembre pour que soit promue la « Politique nationale de population pour le développement économique et social » (PNPDES), cette loi rend obsolète celle de 1920. Elle a notamment pour objectif de « faciliter à tous les couples et individus l'accès aux moyens de services de planification de la famille, non coercitifs, acceptables et à des prix modérés ». Quant à l'avortement, il reste interdit.

Intégrée d'abord aux services de Santé Maternelle et Infantile puis à la Santé de la Reproduction, la Planification familiale est aujourd'hui de nouveau une priorité, notamment car en contribuant à la réduction de la morbidité et de la mortalité materno-

---

<sup>11</sup> Andrianarivelo et al., 1988, op. cit.

infantiles, elle s'inscrit dans les objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). La réduction de la croissance démographique est une des priorités du pouvoir politique actuel.

## B. L'offre et la demande en matière de planification familiale

Avant, 1990, l'offre en matière de planification familiale est très faible. En 1985, on ne comptait que 60 sites (publics, privés ou associatifs) offrant aux couples des services de planification familiale, en 1992, il y en a 147, en 1995, 492 et en 1997, 751<sup>12</sup>. Bien évidemment, les services sont majoritairement en zone urbaine et tout particulièrement dans la capitale. Les femmes qui voulaient contrôler leur fécondité n'avaient d'autres moyens que d'utiliser des méthodes traditionnelles, le plus souvent inefficaces et quelques fois même dangereuses pour la santé des utilisatrices. Cependant, la demande en méthode contraceptive reste très faible et, en 1992, seules 13% des femmes de 15-49 ans déclarent contrôler leur fécondité, méthodes traditionnelles et modernes confondues.

La prévalence contraceptive a augmenté de façon continue depuis cette date. En 2003, 22% des femmes font usage de la contraception : 14% utilisent une méthode moderne et 8% une méthode traditionnelle (tableau 3). Parmi les méthodes modernes, l'injection est celle qui est la plus souvent pratiquée, pour les méthodes traditionnelles, la première est celle de l'abstinence périodique.

Tableau 3 : Prévalence contraceptive en 1992, 1997 et 2003 parmi l'ensemble des femmes (15-49 ans)

	1992	1997	2003
Toutes méthodes	13,3	16,0	21,6
Méthodes modernes	3,5	7,3	14,0

Source : CNRE, Macro Int. 1994, op. cit., INSTAT, Macro Int., 1998, op. cit., INSTAT, ORC Macro, 2005, op. cit.

Il est intéressant de noter que la prévalence contraceptive est nettement plus élevée chez les femmes célibataires mais sexuellement actives (37,7%) que chez les autres. Ainsi près de la moitié des célibataires de 20-29 ans ayant une vie sexuelle se protègent contre le risque de grossesse. Mais 70% des plus jeunes, les 15-19 ans, célibataires et sexuellement actifs, n'utilisent aucune contraception.

Généralement, la prévalence contraceptive reste faible. Les obstacles sont autant du côté de l'offre que de la demande. Tout d'abord, dans certaines régions isolées, l'offre est insuffisante et le personnel qualifié manque. Ensuite, elle n'est pas toujours de bonne qualité même dans les villes. Certains centres sont confrontés à des problèmes récurrents d'approvisionnement. L'accueil des femmes n'est pas toujours conforme à ce qu'elles souhaitent et l'information en matière de planification familiale est souvent de mal comprise. Dans la province de Toliary, seules un quart des femmes déclarent avoir entendu ou lu un message sur la planification familiale au cours des 12 mois précédant l'enquête démographique de 2003 et même lorsque les femmes connaissent les méthodes, elles en ont souvent une connaissance partielle et sont très sensibles aux rumeurs. En 2003, 43% des femmes qui ne veulent plus d'enfants et qui n'utilisent pas de contraception justifient leur choix par la peur des effets secondaires

<sup>12</sup> Rakoto Rabarijohn N., 1997, *Santé de la reproduction / PF. Analyse sectorielle*, Rapport, FNUAP, 75p.

ou par manque de connaissance<sup>13</sup>. Parmi les effets secondaires attribués à la contraception moderne, on peut citer la prise de poids, les vertiges, la stérilité de la femme et de l'homme, etc.

Du côté de la demande, les obstacles à la limitation des naissances sont aussi très nombreux. Dans certaines régions, le contexte socioculturel est encore favorable à la forte fécondité, la demande en contraception reste faible. Dans la province de Toliary par exemple, le nombre idéal d'enfants moyen pour les femmes est de 7,0 et 8,9 pour les hommes<sup>14</sup>, ce qui laisse peu de place au contrôle de la fécondité. A Madagascar, la quasi-totalité des naissances (93%) sont désirées et la grande majorité de ces naissances (83%) se sont produites au moment voulu<sup>15</sup>. Autrement dit, la demande en contraception est encore faible, à l'exception de la capitale et de quelques unes des grandes villes.

## II) L'infécondabilité post-partum reste le premier moyen de contrôle de la fécondité

Traditionnellement, l'abstinence sexuelle après un accouchement est largement pratiquée à Madagascar mais souvent sur une très courte durée (en moyenne 3,3 mois en 2003). Dans les travaux ethnologiques menés à Madagascar, on retrouve beaucoup d'exemples de tribus qui imposent aux femmes de quitter le domicile conjugal après l'accouchement, interdisant ou limitant ainsi les relations sexuelles : par exemple chez les *Tanala*<sup>16</sup>, il était d'usage d'envoyer la femme chez ses parents à la fin de sa grossesse. Elle y accouche et y reste pendant au moins 3 mois. Le père du nouveau-né, pendant cette période, ne doit avoir aucune relation sexuelle avec son épouse. Dès 1978, Beaujard note que « les parents laissent partir leur fille après un laps de temps plus court ». De même, chez les *Bezanozano*<sup>17</sup>, la durée d'abstinence post-partum est réduite depuis relativement longtemps. Dans cette ethnie, traditionnellement, après un accouchement, la femme rejoignait sa famille d'origine où elle demeurait un mois lunaire<sup>18</sup>. Revenue dans son village de résidence, elle observait une nouvelle retraite d'un mois environ. En 1964, Poirier observe déjà que ce délai de ségrégation est considérablement réduit. Il dépend des possibilités matérielles du ménage ; si le mari est riche, la femme pourra demeurer inactive plusieurs semaines, sinon elle rejoindra son mari, reprendra ses activités et les relations sexuelles quelques jours après l'accouchement<sup>19</sup>.

Quant à l'allaitement, il joue un rôle important dans la durée de l'infécondabilité. La promotion de l'allaitement maternel est une priorité du Ministère de la Santé. A cet effet, un Code National sur la Commercialisation des Substituts du Lait Maternel a été adopté en 1996. Ce code prévoit l'interdiction de la publicité en faveur des produits substitutifs du lait maternel destinés aux enfants de moins de 6 mois, l'interdiction de la distribution d'échantillons gratuits de lait dans les maternités et de cadeaux à visée publicitaire auprès des personnels de santé, l'interdiction de la valorisation du biberon par les médias.

---

<sup>13</sup> INSTAT, ORC Macro, 2005, op.cit.

<sup>14</sup> INSTAT, ORC Macro, 2005, op.cit.

<sup>15</sup> INSTAT, ORC Macro, 2005, op.cit.

<sup>16</sup> Les *Tanala* sont une ethnie du Sud Est de Madagascar.

<sup>17</sup> Les *Bezanozano* sont une ethnie du Moyen Est de Madagascar.

<sup>18</sup> Beaujard P., 1978, *Les Tanala de l'ikongo*, Thèse de doctorat, Ecole Pratique des Hautes Etudes, Paris, 2 tomes + Annexes, sous la direction de Paul Ottino, 723p.

<sup>19</sup> Poirier Jean, 1964, « Les rites de la naissance chez les Bezanozano », *Annales de l'Université de Madagascar*, Série Lettres et Sciences Humaines, pp.7-18

La quasi-totalité des enfants malgaches est allaitée (tableau 4). La durée d'allaitement exclusive était relativement courte en 1992 (1,1 mois). Depuis cette date, elle n'a cessé d'augmenter : en 2003, la durée médiane atteint 4,6 mois. Cette évolution est favorable à la santé et à la survie des enfants mais aussi à l'espacement et donc à la limitation des naissances.

Les effets de l'allaitement sur la fécondabilité et donc la fécondité sont complexes. L'allaitement lorsqu'il est fréquent et intense, retarde l'ovulation et diminue la probabilité de conception une fois l'ovulation reprise. Des études ont montré que dans certaines conditions, l'allaitement assurerait une protection de plus de 98% contre la grossesse durant les 6 premiers mois qui suivent l'accouchement<sup>20</sup>. En l'absence de contraception, il joue un rôle important dans l'espacement des naissances.

**Tableau 4 : Pourcentage d'enfants allaités exclusivement au sein selon l'âge (en mois)**

Age en mois	1992	1997	2003
0-1	53,1	78,3	89,8
2-3	41,7	49,2	65,6
4-5	16,9	21,9	48,8
6-7	7,9	4,1	12,9
8-9	1,8	1,7	4,9
10-11	1,5	0,4	0,0

Source : CNRE, Macro Int., 1994, op. cit., INSTAT, Macro Int., 1998, op. cit., INSTAT, ORC Macro, 2005, op. cit.

A Madagascar, les pratiques varient beaucoup d'une province à l'autre. Dans les régions de Mahajanga et de Toliary, par exemple, la durée d'allaitement exclusive est particulièrement courte, en 2003, elle est respectivement de 0,9 et 1,3 mois<sup>21</sup>. La durée médiane d'insusceptibilité post-partum<sup>22</sup> – relativement stable depuis 1992 – est de 11,1 mois en 2003. A l'instar de beaucoup d'autres pays africains, elle reste le premier inhibiteur et le principal régulateur de la fécondité, bien avant la contraception.

#### **IV) Le début de la baisse de la fécondité en milieu rural**

La fécondité baisse mais avec des différentiels importants selon la province et les villes comme partout en Afrique subsaharienne sont plus avancées dans la transition que les zones rurales (tableau 5). A Madagascar, la transition a été nettement plus précoce et rapide dans la capitale. Il faut attendre la fin des années 1990 pour observer des changements en milieu rural : la fécondité passe alors de 6,7 enfants par femme 1997 à 5,7 enfants en 2003. Pendant longtemps, les campagnes malgaches présentaient toutes les caractéristiques favorables à une forte fécondité.

D'abord, il y a une très faible mécanisation du travail agricole et donc un besoin important en main-d'œuvre. Les enfants constituent cette main-d'œuvre gratuite (photo 1). Ensuite, les enfants sont pour leurs parents la seule assurance contre la maladie ou la vieillesse. En cas d'incapacité de pourvoir à leurs propres besoins, les

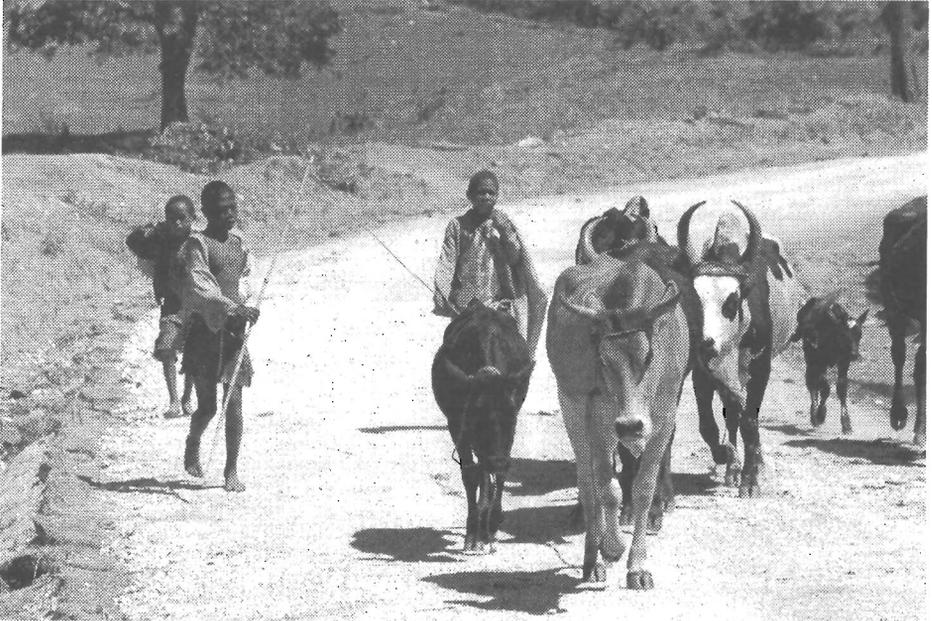
<sup>20</sup> VanLandingham M., Trussel J., Grummer-Strawn L., 1991, « Contraceptive and health benefits breastfeeding: a review of the recent evidence », *International Family Planning Perspectives*, volume 17, numéro 4, pp.131-136.

<sup>21</sup> INSTAT, ORC Macro, 2005, op. cit.

<sup>22</sup> Période durant laquelle la femme n'est pas exposée au risque de grossesse sous l'effet conjugué de l'abstinence sexuelle et de l'aménorrhée

parents pourront toujours se retourner vers leurs enfants. En l'absence de système collectif de prise en charge de la vieillesse et de la maladie, une descendance nombreuse est la seule assurance contre ces risques. Or, compte tenu de la forte mortalité infantile, les couples doivent avoir beaucoup d'enfants pour garantir de cette main-d'œuvre et cette assurance.

**Photo 1 : Les enfants en milieu rural constituent une main-d'œuvre familiale importante**



Cliché : J. P. Rolland, novembre 2005

La baisse de la fécondité en milieu rural est visible principalement en début et en fin de la vie féconde (tableau 6). L'âge médian à la première naissance a légèrement augmenté (de 19,1 à 20 ans) et l'utilisation de méthode contraceptive a été multipliée par environ 1,5 (de 14 à 23%). Toutefois les indicateurs qui ont évolué le plus significativement entre 1997 et 2003 sont ceux qui concernent les préférences en matière de fécondité : le nombre idéal d'enfants désirés par les femmes rurales a chuté de façon significative. En 2003, 44% des femmes qui ont déjà 3 enfants n'en veulent plus contre seulement 28% en 1997. Le nombre d'idéal d'enfants est passé de 5,8 à 5,1.

La baisse de la fécondité se fait en relation avec la diffusion de nouveaux modèles familiaux à travers la mobilité, l'ouverture sur les villes et les médias. L'un des changements importants dans le milieu rural observés par les Enquêtes Démographiques entre 1997 et 2003 est le développement rapide de l'accès aux médias : en 1997 près de 80% des femmes n'avaient accès à aucun média, en 2003, 62% lisent les journaux, regardent la télévision ou écoutent la radio. Or, là où l'accès aux médias est faible, la fécondité est forte<sup>23</sup>. Cet indicateur est un bon *proxy* de l'ouverture à l'extérieur.

<sup>23</sup> Tabutin D., Schoumaker B., 2001, « Une analyse régionale des transitions de fécondité en Afrique subsaharienne », communication présentée au XXIV<sup>e</sup> Congrès général de l'UIESP, Salvador de Bahia, Brésil 20-22 août 2001.

**Tableau 5 : Indice synthétique de fécondité par province et par zone de résidence**

	1992	1997	2003
<i>Provinces</i>			
Antananarivo	5,7	5,4	4,2
Fianarantsoa	6,7	6,9	5,7
Toamasina	5,7	5,6	5,0
Mahajanga	6,4	6,6	6,1
Antsiranana		5,2	4,8
Toliary	6,1	6,2	6,3
<i>Zone de résidence</i>			
Capitale	3,2	2,8	2,7
Autres villes	4,3	4,9	4,0
Milieu rural	6,7	6,7	5,7
Ensemble	6,1	6,0	5,2

Source : CNRE, Macro Int.1994, op. cit., INSTAT, Macro Int., 1998, op. cit., INSTAT, ORC Macro, 2005, op. cit.

Malgré une baisse récente, la fécondité demeure élevée en milieu rural et l'écart entre les zones urbaines et les campagnes reste particulièrement important. En effet, les villes et tout particulièrement la capitale ont débuté leur transition de la fécondité bien avant les zones rurales.

**Tableau 6 : Taux de fécondité générale par groupe d'âges en milieu rural (1997, 2003)**

	1997	2003	Evolution (%)
15-19	204	165	-19,1
20-24	307	263	-14,3
25-29	270	253	-6,3
30-34	237	210	-11,4
35-39	175	143	-18,3
40-44	105	76	-27,6
45-49	33	20	-39,4

Source : CNRE, Macro Int.1994, op. cit., INSTAT, Macro Int., 1998, op. cit., INSTAT, ORC Macro, 2005, op. cit.

## V) Antananarivo : une transition presque achevée

La capitale a commencé sa transition de la fécondité depuis plus de 30 ans : l'âge d'entrée en union est plus tardif qu'ailleurs et la prévalence contraceptive y plus élevée. Des enquêtes menées à la fin des années 1980 montrent que la fécondité après avoir connu une hausse au cours des années 1960, a diminué d'abord modestement après 1970 et de façon significative dans les années 1980 (tableau 7).

A Antananarivo, l'indice synthétique de fécondité passe ainsi de 6,0 à 2,7 entre 1960 et 2003. La baisse importante entre 1960 et 1985 serait due d'une part à un recul de l'âge à la première naissance, d'autre part à un contrôle des naissances pour les femmes de 35 ans et plus. La prévalence contraceptive est relativement élevée dès 1985 - même si la majorité des femmes utilisent des méthodes traditionnelles - traduisant une volonté des

couples de limiter et de contrôler leur descendance. Dès cette date, les couches sociales les plus riches de la capitale souhaitent un nombre restreint d'enfants (3 ou moins) mais elles semblent éprouver des difficultés à maîtriser correctement leur fécondité du fait de la faible disponibilité des contraceptifs modernes<sup>24</sup>. Quant aux couches sociales les plus pauvres, elles restent favorables à un nombre élevé d'enfants mais les difficultés économiques que traverse le pays au cours des années 1980 a favorisé « le développement d'un esprit promalthusien » dans les catégories sociales défavorisées<sup>25</sup>

**Tableau 7 : Indice synthétique de fécondité à Antananarivo**

1960	6,0
1985	4,0
1992	3,2
1997	2,8
2003	2,7

Source : Andrianarivelo, Rakotoson, 1988, op. cit., CNRE. Macro Int.1994, op. cit., INSTAT, Macro Int., 1998, op. cit., INSTAT, ORC Macro, 2005, op. cit.

Après 1985, la fécondité baisse plus lentement mais de façon régulière jusqu'en 1997. Les changements les plus importants concernent la contraception et l'utilisation de plus en plus fréquente des méthodes modernes. L'âge médian à la première naissance reste à peu près stable (22,8 ans en 1992 et 23,3 ans en 1997) tandis que la durée d'allaitement exclusif augmente légèrement de 0,6 mois à 1,9 mois. Après 1997, la fécondité stagne malgré le développement des méthodes contraceptives modernes et l'allongement non négligeable de la durée d'allaitement (de 1,9 mois en 1997 à 4,1 mois en 2003).

**Tableau 8 : Prévalence contraceptive à Antananarivo (1985-2003)**

	Toutes méthodes	Méthodes modernes
1985	44,8	14,4
1992	51,1	20,9
1997	53,4	26,8
2003	52,3	33,4

Source : Andrianarivelo, Rakotoson, 1988, op. cit., CNRE. Macro Int.1994, op. cit., INSTAT, Macro Int., 1998, op. cit., INSTAT, ORC Macro, 2005, op. cit.

La baisse constante de la fécondité à Antananarivo depuis 1966 s'explique d'abord par le fait que les couples souhaitent une descendance limitée et ont une bonne maîtrise de la fécondité. Le nombre idéal d'enfants dans la capitale est de 3,1 pour les femmes et 3,2 pour les hommes en 2003<sup>26</sup> tandis que l'ISF observé est de 2,7 enfants par femme. La ville rassemble de nombreux facteurs favorables à un changement des comportements agissant dans le sens d'une plus grande maîtrise de la fécondité : scolarisation plus longue, d'avantage d'emplois salariés non agricoles, concentration des structures sanitaires dans la capitale, etc. C'est bien évidemment à Antananarivo

<sup>24</sup> Andrianarivelo et Rakotoson, 1988, op. cit.

<sup>25</sup> Andrianarivelo et Rakotoson, 1988, op. cit.

<sup>26</sup> INSTAT, ORC Macro, 2005, op. cit.

que le niveau de scolarisation des femmes est le plus élevé. Elles sont plus nombreuses qu'ailleurs à avoir fréquenté le lycée ou l'université. C'est aussi dans la capitale que l'on trouve les populations les plus aisées d'un point de vue économique, le mode de vie à l'européenne dans ces groupes sociaux favorisés est très prisé, avec notamment le modèle de la famille restreinte.

C'est aussi à Antananarivo que l'on trouve l'offre en matière de service et de méthode de planification familiale la plus importante de l'île. A Madagascar, il y a une pénurie de personnel médical et les inégalités d'accès aux soins sont très fortes : on compte moins de 3 400 médecins libéraux presque tous installés en zone urbaine ou péri-urbaine<sup>27</sup>. Dans le secteur public, en 1997, il y a seulement 1 635 sages-femmes et 3 121 infirmiers pour tout le pays<sup>28</sup>. Là encore, ce personnel est nettement plus nombreux dans la capitale que dans le reste du pays. De plus, à Antananarivo de nombreuses ONG offrent des services de planification familiale y compris aux populations les plus pauvres.

Une autre spécificité de la capitale qui a été mise en exergue par plusieurs études<sup>29</sup> est le recours fréquent à l'avortement, bien que cet acte soit totalement interdit. Au milieu des années 1980, une femme sur dix de 15-49 ans aurait déjà eu recours au moins une fois à l'avortement<sup>30</sup>. En 1997, 21% des femmes de la capitale (en union de 15-49 ans) déclarent avoir déjà subi à l'avortement provoqué<sup>31</sup>. Malgré le fait que l'avortement soit une variable importante du schéma de la transition de la fécondité dans la capitale, il est difficile de mesurer son impact. Du fait de son illégalité, les données concernant l'avortement sont quasiment inexistantes.

## Conclusion

Les formes et les conditions de la transition de la fécondité en Afrique sont plurielles et les modalités de la baisse de la fécondité (retard de l'âge au mariage, prévalence contraceptive, allaitement, abstinence post-partum et avortement) diffèrent d'un pays à l'autre<sup>32</sup>. L'étude de la transition de la fécondité à Madagascar est une illustration supplémentaire de la grande diversité des pays du Sud en matière de comportements démographiques.

Mais la situation nationale cache de grandes disparités. La transition de la fécondité est en cours d'achèvement dans la capitale et elle repose notamment sur l'utilisation de la contraception moderne en continue progression. La majorité des autres grandes villes s'acheminent vers une fécondité limitée. A l'opposé, il reste des zones, dont l'ensemble de la région de Toliary qui restent à l'écart du mouvement de baisse de la fécondité. Le milieu rural quant à lui débute tout juste sa transition de la fécondité dans un contexte de forte pauvreté.

---

<sup>27</sup> Rakoto Rabarijohn, 1997, op. cit.

<sup>28</sup> Rakoto Rabarijohn, 1997, op. cit.

<sup>29</sup> Ratovondrahona P., 2003, *Pauvreté et fécondité à Madagascar. La capitale et ses provinces*. Thèse de doctorat, Université de Bordeaux III, 397p.

Waltisperger D., Cantrelle P., Ralijaona O., 1998, *La mortalité à Antananarivo de 1984 à 1995*, Paris, CEPED, Les Documents du CEPED, n°7.

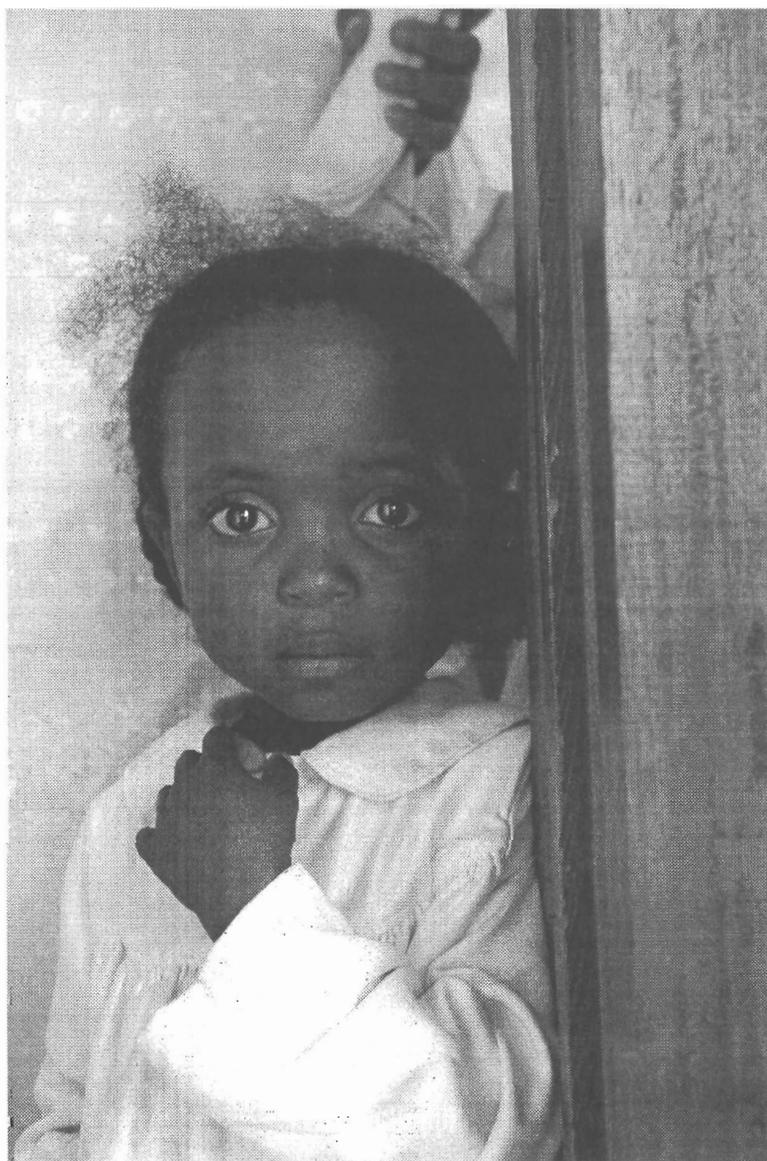
Rabetsitonta, Rakoto, 1986, op. cit.

<sup>30</sup> Rabetsitonta, Rakoto, 1986, op. cit.

<sup>31</sup> Ratovondrahona, 2003, op. cit.

<sup>32</sup> Vimard P., Fassasi R., Talnan E., 2003, *Le début de la transition de la fécondité en Afrique Sub-saharienne*. Série Santé de la reproduction, fécondité et développement, Documents de recherche n°2, Laboratoire Population – Environnement – Développement, Marseille, 29p.

A l'instar de ce qui a été observé ailleurs en Afrique, un des déterminants les plus importants des changements de fécondité à Madagascar est l'éducation des filles et des femmes. La scolarisation des femmes a une incidence négative sur les taux de fécondité par divers mécanismes. Les femmes qui restent plus longtemps à l'école ont tendance à se marier plus tard. Elles ont aussi une propension plus forte à pratiquer la contraception et préfèrent en général des familles plus petites. La scolarisation des filles est aussi très favorable à l'amélioration du statut des femmes, à leur autonomie, à leur insertion professionnelle, etc., autant de facteurs qui vont dans le sens de la baisse de la fécondité.



Cliché : J. P. Rolland, décembre 2005

Gastineau Bénédicte, Rafiringason R. (2006)

La fécondité à Madagascar : quels changements ?

In : Gastineau Bénédicte (dir.). Spécial démographie à Madagascar. *Tsingy*, (4), p. 37-48.