



COLLOQUE SCIENTIFIQUE

« DYNAMIQUES RURALES A MADAGASCAR : PERSPECTIVES SOCIALES, ECONOMIQUES ET DEMOGRAPHIQUES »

ANTANANARIVO

23-24 AVRIL 2007

Colloque organisé conjointement par :
l'Institut National de la Statistique (INSTAT),
la cellule du Réseau des Observatoires Ruraux de l'EPP/PADR,
l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) et le GIE DIAL.

LA BAISSÉ DE LA FECONDITE EN MILIEU RURAL MALGACHE
UN MALTHUSIANISME DE PAUVRETE ?

Clotilde BINET, Université Paris X, IRD
Bénédicte GASTINEAU, IRD, LPED
Lina RAKOTOSON, Université Paris X, ICM, IRD

Contact

Clotilde Binet

IRD

BP 434 101 Antananarivo – Madagascar

(00 261 20) 22 272 80

cbinet@ird.mg

Résumé

Les enquêtes démographiques récentes (EDS 2003) montrent que la fécondité en milieu rural malgache commence tout juste à diminuer. L'indice synthétique de fécondité du milieu rural est passé de 6,7 enfants par femme en 1997 à 5,7 en 2003. Dans quelle mesure les familles rurales qui sont aussi souvent les plus pauvres et celles qui ont le moins accès à l'éducation, à la santé ont-elles modifié leur modèle de reproduction ? Ont-elles bénéficié d'un développement économique, d'une « révolution culturelle »...ou se sont-elles adaptées à une situation de crise ?

L'analyse du début de la transition de la fécondité à Madagascar fait apparaître la complexité et la variété des moteurs des changements démographiques au sein d'un même pays. D'une part, la « modernisation » impulse de nouveaux comportements de limitation des naissances dans les catégories sociales les plus favorisées. D'autre part, la dégradation des conditions de vie dans certaines catégories de population est un autre facteur de changement vers une plus grande limitation des naissances.

La transition de la fécondité dans le milieu rural malgache peut-elle être qualifiée de transition de crise ? La baisse de la fécondité doit-elle être interprétée comme une stratégie de survie des ménages les plus pauvres ?

Pour répondre à ces questions, nous analyserons à un niveau fin les stratégies démographiques des ménages dans la commune rurale d'Ampitatafika. Il s'agit d'identifier dans ces familles pauvres leur capacité d'"innovation démographique" en situation de contraintes économiques fortes. Ampitatafika est un bon exemple des changements démographiques en cours dans le monde rural des hautes terres. Les générations les plus jeunes se distinguent en affichant des souhaits de fécondité limitée. L'analyse des données (quantitatives et qualitatives) montre que cette évolution est liée certes à des contraintes économiques mais aussi à des facteurs de modernisation. D'une part, les jeunes couples veulent avoir un nombre limité d'enfants parce que leurs conditions de vie ne leur permettent pas de subvenir aux besoins d'une famille nombreuse ; de plus la saturation foncière (le fait que les ménages ne pourront plus transmettre de terres en quantité suffisante à leurs enfants) est un moteur important de ces changements démographiques. D'autre part, le souhait de limiter sa descendance répond aussi à des aspirations sociales : les jeunes couples désirent pouvoir scolariser, soigner convenablement leurs enfants, avoir moins d'enfants mais leur donner « toutes les chances de réussir ».

Introduction

Selon les résultats de la dernière Enquête Démographique et de Santé (2003)¹, l'indice synthétique de fécondité (ISF) à Madagascar est de 5,2 enfants par femme. En 1992, il était de 6,1 et 6,0 en 1997 (EDS 1992 et EDS 1997). Ces chiffres confirment que la transition de la fécondité est amorcée dans la grande île, elle commence 50 ans après la baisse de la mortalité qui a débuté au cours des années 1950. Cette phase pendant laquelle la mortalité a diminué tandis que la fécondité restait à un niveau élevé est une période de forte croissance démographique à Madagascar. L'effectif de la population a ainsi été multiplié par environ quatre entre 1950 et 2000. Aujourd'hui Madagascar compte plus de 17 millions d'habitants, dont près de 75% vivent en zone rurale.

Les déterminants, les rythmes des changements démographiques et les modalités de la transition de la fécondité ne sont pas uniques et des situations démographiques très variées sont observées au sein des populations. Ils varient significativement selon différentes caractéristiques : le niveau socio-économique, le lieu de résidence, le niveau d'éducation, etc. La variable du lieu de résidence (urbain, rural) est une variable importante car c'est un bon *proxy* du niveau et des conditions de vie des individus : les ruraux ont en moyenne un niveau de vie inférieur à ceux des urbains, ils sont moins éduqués, ont un accès beaucoup plus restreints aux services de santé, à l'information, etc., autant de variables essentielles pour comprendre les comportements démographiques.

Trois modèles de transition de la fécondité peuvent être distingués : une transition ancienne, quasiment achevée dans la capitale Antananarivo, une transition récente dans les autres villes de l'île et une transition qui débute dans le milieu rural (tableau 1).

Tableau 1
Indice synthétique de fécondité par zone de résidence (1992, 1997, 2003)

	1992	1997	2003
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 : EDS 1992, 1997, 2003

La baisse de la fécondité en milieu rural est rapide : en 6 ans, l'ISF a diminué de un enfant par femme. Des niveaux de fécondité élevés ont prévalu jusqu'à très récemment. Les comportements démographiques ont peu changé : l'entrée en union se fait toujours relativement jeune, favorisant ainsi une entrée en vie féconde particulièrement précoce. L'âge médian d'entrée en union des femmes stagne, de 19,6 ans en 1992 et 19,7 ans en 2003.

En revanche, un changement est à noter dans les préférences en terme de fécondité des couples ruraux. En effet, le nombre moyen d'enfants désirés par les femmes diminue : de 5,8 enfants en 1997 à 5,1 en 2003. Par ailleurs, le contrôle de la fécondité légitime augmente légèrement : la prévalence contraceptive a été multipliée par 1,5 entre 1997 et 2003 (14 à 23% des femmes en union de 15-49 ans utilisent une méthode de contraception).

Quelles sont les causes de ces changements dans les préférences en terme de fécondité chez les couples ruraux et les causes de la baisse de la fécondité ?

¹ Madagascar dispose de trois Enquêtes démographiques et de santé (EDS)

EDS 1992 : Centre National de Recherches sur l'Environnement, Macro International Inc. DHS, 1994, *Enquête Nationale Démographique et Sanitaire 1992*, Calverton, Maryland, USA, CNRE, Macro International Inc., 248p.

EDS 1997 : Institut National de la Statistique, Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales et Macro International INC., 1998, *Enquête Démographique et de Santé, Madagascar 1997*, Calverton, Maryland, USA, INSTAT, Macro International INC., 264p.

EDS 2003 : Institut National de la Statistique, ORC Macro, 2005, *Enquête démographique et de santé de Madagascar 2003-2004*, Calverton, Maryland, USA, INSTAT, ORC Macro, 442p.

Il est généralement admis que progrès économique et transition démographique sont liés. La théorie classique fait du développement économique une condition *sine qua non* à la baisse de la mortalité puis à celle de la fécondité (Notestein, 1945). Par développement, on entend la diffusion de la scolarisation, du travail salarié, l'urbanisation, l'industrialisation, etc. Cependant, les résultats de recherches menées dans les pays du Sud ont montré que les modèles de transition sont beaucoup plus complexes que ne laissait l'entendre la théorie classique et que la fécondité a dans certains contextes amorcé une baisse dans des situations de pauvreté. Les chercheurs sont de plus en plus nombreux à réfuter, du moins dans une perspective d'analyse régionale ou locale, l'idée du développement économique comme condition essentielle à la baisse de la fécondité et à affirmer que des changements importants dans les comportements de reproduction peuvent être observés en période de crise économique et d'aggravation de la pauvreté.

Comparant les situations du Ghana et du Kenya, Boserup (1985) est l'une des premières à envisager la crise économique comme un facteur de baisse de la fécondité. Plus récemment, dans le contexte latino-américain, Cosio (1995) parle de « malthusianisme de pauvreté » : « on observe nettement deux modèles de transition démographique : un modèle équivalent à celui observé dans les sociétés les plus développées, qui se limite à quelques couches sociales privilégiées et rapidement modernisées [...] ; puis un second modèle totalement différent qui concerne principalement les couches sociales défavorisées, qui garde la plus part des attitudes démographiques traditionnelles, mais où la fécondité baisse sous l'influence d'un malthusianisme induit par les conditions de vie précaires et une offre abondante de moyens contraceptifs » (p.401). De même, à propos de la baisse de la fécondité au Bangladesh, Adnan (1997) écrit : « Le caractère dysfonctionnel d'une haute fécondité pour les pauvres était mis davantage en lumière par un ensemble de facteurs dissuasifs qui frappaient ceux qui ne voulaient pas ou ne pouvaient pas s'adapter à leur pauvreté en réduisant leur fécondité. A la limite, l'incapacité de se procurer un revenu de subsistance pouvait signifier la menace de dépérissement, susceptible de conduire à l'extinction des familles.» (p.72).

Ces différents exemples montrent que la pauvreté et la dégradation des conditions de vie peuvent être des facteurs de la baisse de la fécondité, mais ils ne suffisent pas. C'est bien dans les régions les plus pauvres au monde que l'on observe les fécondités les plus élevées. Il reste donc évident que le développement économique est nécessaire pour déclencher un processus de changements démographiques, vers une faible fécondité et une faible mortalité. Cependant, la pauvreté peut accélérer la baisse de la fécondité dans une région qui a connu précédemment un début de développement économique et qui ensuite subit une dégradation de sa situation. En effet, il est difficilement envisageable que la transition de la fécondité commence en l'absence de services de santé, de planification familiale ou de scolarisation. Néanmoins, une fois que le processus de la transition démographique est enclenché, un contexte de crise économique peut l'accélérer. « Si la transition de la fécondité intervient ou s'accélère en période de difficultés, ce sont les mutations antérieures en matières d'instruction, de santé et de rapports sociaux qui permettent cette évolution où la crise ne joue qu'un rôle déclencheur ou accélérateur d'une évolution des mentalités dont les fondateurs sont plus anciens ». (Vimard, 1998).

C'est donc cette hypothèse du malthusianisme de pauvreté que nous voulons tester ici en s'interrogeant sur l'origine et les modalités de la baisse de la fécondité et sur son contexte institutionnel et économique en milieu rural malgache. En effet, la baisse de la fécondité observée aujourd'hui ne peut pas s'expliquer par un « enrichissement » ou un développement du monde rural. Alors que la fécondité a diminué, les taux de pauvreté ont très peu évolué depuis 1993. La proportion de la population rurale considérée comme pauvre reste très élevée, elle stagne même de 75% en 1993 à 77% en 2003 (Paternostro et al., 2001 ; INSTAT 2004).

La transition de la fécondité à Madagascar a bien débuté par la baisse de la fécondité dans les classes sociales les plus privilégiées en période de croissance économique. La fécondité dans la capitale a commencé à diminuer au début des années 1970 (Andrianarivelo, Rakotoson, 1988). Dès les années 1970, Antananarivo bénéficie d'un environnement institutionnel (éducation, santé, planification

familiale) propice à la baisse de la fécondité et la situation économique est plutôt favorable. En 1985, l'ISF est de 4,0 enfants par femme (tableau 2) et presque une femme sur deux (45%) utilise un moyen de contraception (moderne ou traditionnel) (Andrianarivelo, Rakotoson, 1988).

Tableau 2
Indice synthétique de fécondité dans la ville d'Antananarivo

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

Source : Andrianarivelo, Rakotoson, 1988, EDS 1992, 1997, 2003

Les zones rurales accusent quant à elles un retard important, puisqu'en 1997, leur fécondité y est aussi élevée que dans la capitale en 1960. Cependant la fécondité est en diminution : quelles en sont les causes et quel est le lien avec les taux de pauvreté particulièrement élevés dans les zones rurales ? Pour répondre aux questions sur les liens entre le niveau de vie et la fécondité, les études locales et les données micro (au niveau des ménages et des individus) sont souvent préférables aux données macro : le niveau micro est celui où sont subies les contraintes, où les individus prennent leurs décisions en matière de fécondité (Schoumeker, Tabutin, 2003). Notre analyse portera donc plus précisément sur la commune rurale d'Ampitatafika pour laquelle nous disposons de données socio-démographiques, à la fois sur les conditions de vie et sur l'histoire génésique des couples.

Le site d'études : la commune d'Ampitatafika

La commune rurale d'Ampitatafika est située à une centaine de kilomètres de la capitale malgache, Antananarivo, dans la sous-préfecture d'Antanifotsy. Elle comprend 26 *fokontany*. Le *fokontany* est une division administrative que nous pouvons traduire par village. La commune comprend un peu plus de 31 000 habitants. Les données quantitatives et qualitatives ont été collectées dans neuf villages de cette commune dans le cadre d'un programme de recherche *Dynamique démographique et développement durable*².

Une partie des villages enquêtés sont proches de la route mais une partie des hameaux ne sont accessibles que par piste, les pistes sont plus ou moins en bon état et quelques fois inaccessibles en période estivale à cause de la pluie. Sept des neuf villages ont une école primaire et il y a un collège et un centre de santé dans le *fokontany* d'Ampitatafika. Le centre de santé de base a été construit en 1958. Un médecin, une infirmière, une dispensatrice y sont en permanence présents. Il y a dix lits d'hospitalisation et une infirmerie qui permet de délivrer les médicaments de base. La pharmacie la plus proche se situe à environ 30Km d'Ampitatafika. Environ 200 accouchements ont eu lieu en 2003 dans ce centre médicalisé. Le personnel médical propose des services de planification familiale. Il dispose de pilules et d'injections et donne des conseils sur les méthodes naturelles telles que l'abstinence périodique.

L'agriculture et l'élevage sont les piliers de l'économie de la commune d'Ampitatafika. La quasi-totalité des ménages exploitent des terres, produisent du riz et font de l'élevage, le plus souvent du petit élevage (volaille, lapins, porcs). Cependant la majorité des familles ont d'autres activités que l'agriculture. Seuls 25% des ménages vivent exclusivement de l'agriculture (et/ ou de l'élevage) et pour 55% des ménages, elle représente la moitié ou moins de la moitié du revenu annuel (Briet, Gastineau, 2006).

² Pour plus d'information sur le programme 4D : www.ird.mg/4D

Une des caractéristiques de la commune d'Ampitatafika, caractéristiques qu'elle partage avec la quasi-totalité des communes des Hautes Terres malgaches, est la saturation de l'espace agricole. Les règles les plus répandues en matière d'héritage reposent sur un partage égalitaire entre les enfants du défunt, quelque soit le sexe des héritiers (Omrane, 2006). Au fil des héritages, les propriétés foncières se sont morcelées et en moins de cinq générations, la situation est telle qu'on peut parler aujourd'hui de « paysans sans rizière » (Omrane, 2006). En 2003, les paysans cultivent en moyenne 0,46 hectares. La moitié exploitent 0,25 hectares ou moins. Ces surfaces ne permettent pas aux familles de survivre, tout juste de subvenir à leurs besoins en riz et en légumes. Rares sont ceux qui peuvent vendre un surplus agricoles, 96% des agriculteurs produisent du riz mais moins de 15% en commercialisent. Les stratégies économiques sont encore le plus souvent des stratégies de survie, la priorité pour les paysans reste la sécurité alimentaire. Les autres activités permettent de se procurer des produits de premières nécessités ou de faire face à des dépenses exceptionnelles (scolarisation, frais de santé, etc.). Même si des formes de troc subsistent, la monétarisation croissante de l'économie accule les paysans à multiplier les activités pour avoir de l'argent.

Les revenus des ménages de la population d'Ampitatafika sont faibles : en moyenne un ménage dispose de 41 100 ariary par mois, soit environ 1 euro par jour à la date de l'enquête. La moitié de la population vit avec moins de 28 000 ariary par mois. Quelque soit la mesure de la pauvreté, on peut affirmer sans risque que la quasi-totalité des familles est pauvre. Le patrimoine foncier des familles est faible, les propriétés agricoles reposent sur de toutes petites surfaces. De même, le capital (animal) qui dans beaucoup de sociétés africaines joue le rôle de livret d'épargne est limité. Il n'y a pas à Ampitatafika de troupeaux importants : la famille la plus riche en la matière est propriétaire de 10 zébus.

Données

L'enquête réalisée dans la commune d'Ampitatafika, zone rurale de la province d'Antananarivo s'inscrit dans un programme de recherche sur le lien entre les dynamiques démographiques et le développement durable. L'enquête a concerné neuf villages de la commune d'Ampitatafika. L'ensemble des individus recensés dans ces villages a été enquêté. Elle s'est déroulée en septembre et octobre 2003. Les données présentées ici ont été recueillies auprès de 7820 individus vivant dans 1621 ménages.

La collecte de données est donc exhaustive sur un espace limité, la zone couvre environ 100km². L'enquête de référence du programme « Dynamique démographique et développement durable (4D) a été réalisée à l'aide d'un questionnaire fermé. Le premier module de ce questionnaire portait sur les caractéristiques des membres du ménage (âge, niveau de scolarisation, statut matrimonial, activité, etc.). Le chef de ménage a aussi été interrogé sur le niveau de vie du ménage, les revenus, les activités économiques dont plus précisément les activités agricoles, sur son histoire migratoire et sur sa descendance. L'histoire complète de la vie génésique des femmes de 15-49 ans (naissances vivantes, fausses couches, avortement) a été retracée ainsi que leur histoire matrimoniale. Les femmes ont aussi été questionnées sur leur pratique contraceptive et leur perception de la contraception.

Ainsi, 1252 femmes de 15-49 ans (en union au moment de l'enquête ou ayant été en union) et 1621 chefs de ménage (dont 21% sont des femmes) ont été enquêtés.

Ces données présentent un inconvénient important comme la majorité des enquêtes à passage unique (Schoumeker, Tabutin, 2003) : elles nous donnent l'histoire génésique mais rien sur le niveau de vie passé des familles, il est donc difficile de considérer le niveau de vie actuel comme un déterminant de la fécondité notamment pour les couples qui ont commencé leur vie féconde il y a 20 ou 25 ans. Par conséquent nous ne chercherons pas à distinguer les familles selon leur niveau de vie actuel mais compte tenu des informations dont nous disposons sur le contexte économique et institutionnel de la commune, nous allons expliquer les comportements de fécondité dans la commune en 2003.

Cette étude s'appuie aussi sur des données qualitatives qui ont aussi été recueillies auprès d'hommes et de femmes résidant dans les neuf villages concernés par les enquêtes de référence du programme 4D. Huit hommes et 10 femmes ont été interrogées. Parmi eux, huit formaient des couples dont nous avons interrogé les deux époux. Les femmes étaient âgées de 18 à 24 ans et les hommes de 22 à 30 ans. Ils ont été choisis en fonction de la durée de leur mariage et de leur descendance : ils devaient avoir un enfant de moins d'un an et être en union depuis moins de 4 ans. L'entretien a concerné leur vie amoureuse avant leur union, leur vie de couple (rencontre avec leur conjoint, relations avec le conjoint), le vécu de la première grossesse et de la première naissance et leur projet de descendance. Nous ne présenterons pas ici d'analyse des entretiens, cependant les citations issues des entretiens et insérées dans ce texte permettront de souligner des points particuliers et d'illustrer des résultats issus des analyses quantitatives.

La fécondité en baisse à Ampitatafika

La fécondité à Ampitatafika reste très élevée : en 2002, l'indice synthétique de fécondité est de 6,7 enfants par femme (tableau 3). Il est cependant en diminution depuis quelques années : en 2000, l'ISF atteignait le chiffre de 7,3 enfants par femme. Concernant l'entrée en vie féconde, on observe peu de changements. La baisse de la fécondité n'est pas portée par des transformations importantes de la nuptialité. En effet, le changement dans les conditions de vie (que ce soit la pauvreté ou l'accès à la scolarisation par exemple) n'a pas affecté les calendriers d'entrée en union. La moitié des femmes de 20 à 49 ans a contracté sa première union à 18,7 ans. On observe même un léger rajeunissement de l'entrée en première union dans les générations les plus jeunes. Ainsi par les 20-24, la moitié est en couple avant 18 ans (tableau 4). Les hommes ne retardent pas leur union malgré des migrations de travail fréquentes et l'écart d'âge au mariage entre hommes et femmes est faible (4,6 ans).

Le calendrier de la première naissance suit de près le début du mariage : il est ainsi de plus en plus précoce et plus de la moitié des femmes de 20-24 ans ont été mères avant leur 20^{ième} anniversaire. Pour les femmes âgées de 30 à 44 ans, cet âge médian se situait entre 21 et 22 ans. Cette précocité de l'entrée en vie maritale et en vie féconde est plutôt favorable à un maintien de la forte fécondité. A 20 ans, les jeunes femmes (20-24 ans) ont d'ailleurs autant d'enfants que leurs aînés (tableau 5).

Tableau 3
Indice Synthétique de Fécondité (ISF) à Ampitatafika en 2000, 2001, 2002

	2000	2001	2002
ISF (15-49 ans)	7,3	6,8	6,7
Nombre de femmes	337	323	337

Source : Enquête Référence 4D, 2003

Tableau 4
Age médian à la première union des femmes de 20-49 ans par groupe d'âges
(âge au moment de l'enquête)

Groupe d'âges	Age médian à la première union	Age médian à la première naissance
20-24 ans	18,0	18,9
25-29 ans	18,8	20,0
30-34 ans	19,0	21,1
35-39 ans	19,1	21,0
40-44 ans	19,4	22,0
45-49 ans	18,7	19,5

Source : Enquête Référence 4D, 2003

Tableau 5
Nombre moyen d'enfants nés vivants à différents âges selon l'âge de la mère au moment de l'enquête

Groupe d'âges	Nombre moyen d'enfants nés vivants à...			
	20 ans	25 ans	30 ans	35 ans
20-24	0,9			

25-29	0,6	2,3		
30-34	0,5	1,9	3,6	
35-39	0,7	2,1	3,8	6,0
40-44	0,6	2,0	3,6	6,0
45-49	1,0	2,9	4,5	6,8

Source : Enquête Référence 4D, 2003

Autrement dit, s'il y a une limitation de la fécondité dans ces jeunes couples, il se fera non pas en tout début mais en milieu ou en fin de vie féconde. C'est en effet ce que l'on peut supposer en analysant les comportements de contraception des couples (tableau 6). Les femmes de 20-24 ans qui ont donc en moyenne moins de 2 enfants au moment de l'enquête sont plus de 40% à utiliser une méthode de contraception (méthodes traditionnelles et modernes confondues) (tableau 6). Chez les femmes plus âgées, la prévalence n'est guère plus élevée : elle est maximum à 40-44 ans (45,4%). Beaucoup des femmes âgées (plus de 45 ans) se considèrent stériles, ménopausées, ou n'ont plus de relations sexuelles, ce qui expliquent l'utilisation particulièrement faible de contraception chez les 45-49 ans. Cinquante-sept pour cent de l'ensemble des femmes, de 15-49 ans en union, ont déjà utilisé au moins une fois une méthode contraceptive et 39% en utilisent une au moment de l'enquête. Ces résultats montrent qu'il y a chez ces couples d'Ampitatafika une réelle volonté de planifier, de maîtriser leur fécondité. Le couple, en tant qu'unité affective et cellule de prise de décision, est très valorisé dans la commune. Les faibles écarts d'âge entre conjoints mais aussi la valorisation d'un choix individuel fondé sur le sentiment amoureux sont favorables à des prises de décision communes au sein du couple.

Tableau 6

Proportion (%) des femmes non célibataires qui utilisent une méthode de contraception au moment de l'enquête et proportion (%) de celles qui ont utilisé une méthode de contraception au moins une fois au cours de leur vie génésique par groupe d'âges (âge au moment de l'enquête)

Groupe d'âges	Proportion (%) au moment de l'enquête	Proportion (%) au cours de leur vie génésique	Effectifs
15-19 ans	32,5	43,4	83
20-24 ans	41,0	56,6	251
25-29 ans	44,0	57,3	232
30-34 ans	40,1	59,5	242
35-39 ans	37,1	61,4	171
40-44 ans	45,4	64,9	154
45-49 ans	24,4	46,2	119
<i>Ensemble</i>	<i>39,3</i>	<i>57,1</i>	<i>1252</i>

Source : Enquête Référence 4D, 2003

Les résultats présentés dans le tableau 7 montrent bien à quel point les femmes veulent contrôler leur fécondité. Parmi les femmes qui sont réellement soumises au risque de concevoir et qui ne souhaitent plus d'enfant, 66,5% ont adopté une contraception. Ce chiffre atteint 74% chez les plus jeunes (15-24 ans).

Tableau 7

Proportion (%) des femmes non célibataires qui utilisent une méthode de contraception au moment de l'enquête parmi les femmes soumises au risque de concevoir et ne souhaitant plus d'enfants par groupe d'âges (âge au moment de l'enquête)

Groupe d'âges	Proportion (%) au moment de l'enquête	Effectifs
15-19 ans	75,0	27
20-24 ans	73,6	103
25-29 ans	69,4	102
30-34 ans	66,0	97
35-39 ans	59,3	64
40-44 ans	67,3	70
45-49 ans	50,0	29
<i>Ensemble</i>	<i>66,5</i>	<i>492</i>

Source : Enquête Référence 4D, 2003

La majorité des méthodes utilisées sont des méthodes naturelles tels que l'abstinence périodique (52% des utilisatrices au moment de l'enquête) et le coït interrompu (15%) ou des méthodes traditionnelles, principalement des *tambavy* (infusion de plantes) (10%). Les méthodes modernes sont choisies par moins d'un quart des femmes. La méthode la plus fréquente est l'injection contraceptive (13%), puis la pilule (6%). Certes la prévalence contraceptive chez les femmes soumises au risque de concevoir est élevée, mais l'efficacité des méthodes utilisées est faible. En effet, les grossesses non désirées (qui surviennent alors que la femme utilise une méthode de contraception) ne sont pas rares. La méthode de l'abstinence périodique est difficile à mettre en œuvre et à respecter de façon suffisamment stricte pour être totalement efficace.

Cependant, il faut noter que les femmes et les hommes les plus jeunes souhaitent avoir un nombre d'enfants nettement inférieur à leurs aînés (tableau 8). A 30-34 ans, il y a déjà 47% des femmes qui ne souhaitent plus avoir d'enfants et 67% à 35-39 ans (tableau 8). Les moins de 30 ans souhaitent en moyenne moins de 5 enfants, les hommes et les femmes ayant des souhaits tout à fait comparables (tableau 8). Si ces jeunes couples réussissent à limiter leur descendance selon leur souhait, la fécondité devrait diminuer de façon significative à Ampitatafika assez rapidement.

Tableau 8

Nombre moyen d'enfants souhaités pour les femmes en union et pour les hommes chefs de ménage au moment de l'enquête et proportion de femmes (%) ne souhaitant plus d'enfants par groupe d'âges (âge au moment de l'enquête)

Groupe d'âges	Femmes	Hommes	Proportion (%) de femmes ne souhaitant plus d'enfants
15-19 ans	4,4	-	7,1
20-24 ans	5,0	4,7	10,8
25-29 ans	4,8	4,8	34,9
30-34 ans	5,4	5,3	47,5
35-39 ans	6,4	5,9	66,7
40-44 ans	6,4	6,5	83,1
45-49 ans	8,5	7,1	96,6
<i>Ensemble</i>	<i>5,8</i>	<i>5,7</i>	<i>46,3</i>

Source : Enquête Référence 4D, 2003

En terme de fécondité, l'évolution la plus visible est donc la baisse de la fécondité désirée. La question est donc de savoir pourquoi les jeunes couples souhaitent à l'inverse de leurs aînés avoir un nombre réduit d'enfants, nombre qui se situe autour de 5 enfants.

Comme il a été rappelé précédemment, pendant longtemps, les théories dominantes postulaient que seul le développement pouvait faire diminuer la demande d'enfants et donc la fécondité. C'est la modernisation agricole (modernisation des techniques, monétarisation de l'économie agricole, développement du salariat agricole), la multiplication des infrastructures rurales (écoles, centre de santé, électrification, etc.) et le développement d'activités génératrices de revenus non agricoles qui sont alors le moteur de ces changements démographiques en milieu rural (Kouamé, Schellekens, 2002).

Quelles sont à Ampitatafika les causes de la baisse de la demande en enfants des jeunes couples ? Observe-t-on des changements socio-économiques susceptibles de modifier les attitudes en matière de fécondité ? Ces changements sont-ils en lien avec la pauvreté très prégnante dans cette commune ?

La pression foncière et la nécessité d'envoyer les enfants à l'école

Dans les résultats de l'enquête référence du programme 4D et à lecture des entretiens, l'une des raisons les plus évidentes de cette évolution dans les projets de fécondité des plus jeunes est la pression foncière dont sont « victimes » les jeunes générations. Dans les générations précédentes, les superficies exploitées (ou potentiellement exploitables après défrichage) étaient suffisamment importantes pour être partagées de façon égalitaire entre les héritiers. Les enfants héritaient d'un patrimoine qui leur permettrait de faire vivre leur propre famille.

La croissance démographique à Ampitatafika, comme sur les Hautes Terres, en général, a été importante ces dernières décennies tandis que les surfaces arables sont limitées. Aujourd'hui à Ampitatafika, un chef de ménage dispose moins d'un demi hectare avec lequel il doit faire vivre sa famille et c'est souvent le seul patrimoine qu'il pourra transmettre à ces enfants.

D'une part, cette surface très limitée ne permet plus aux familles de survivre, les individus doivent chercher d'autres sources de revenus localement ou en migration. Seul un tiers des ménages déclarent l'agriculture ou l'élevage comme source de revenu principal.

Compte tenu de la cherté de la vie, on a intérêt à avoir peu d'enfants. Voyez-vous les rizières que mes parents avaient on été divisées entre les enfants, nous étions huit, alors nous n'avons eu que le huitième de leur héritage. A mon tour, ma part sera divisée selon le nombre d'enfants que j'aurai, et voyez-vous si j'ai beaucoup d'enfants, ça ne va plus suffire à les nourrir. Déjà au temps de mes parents ça n'a pas été si facile que ça, alors il vaut mieux avoir peu d'enfants.

Alfred, 2 enfants

Cette nécessité de chercher des revenus hors agriculture a fait entrer un grand nombre d'individus dans l'économie monétaire et a permis aux plus jeunes qui migrent vers les villes d'être en contact avec des idées, des normes favorables à la limitation des naissances. Le contact avec la ville et l'ouverture sur l'extérieur induisent des changements sociaux dans les communes d'origine des migrants, changements favorables aux évolutions démographiques.

D'autre part, le fait que les exploitants disposent de toute petite surface à exploiter a déjà bouleversé l'organisation du travail et les rapports de production à Ampitatafika. Les exploitations les plus pauvres voient leurs revenus diminuer et sont de plus en plus contraints de vendre leur force de travail aux exploitants les plus riches. Il y a maintenant à Ampitatafika des paysans « sans rizière ». Or ces familles n'ont plus besoin de main-d'œuvre familiale, le bénéfice du travail des enfants est moindre et les parents sont a priori plutôt favorables à une limitation de leur descendance. Dans la très large majorité des ménages, la valeur économique des enfants (liée à leur activité familiale ou salariée) est faible avant l'âge de 15 ans. Leur participation à l'activité agricole familiale est concentrée sur des activités secondaires et s'apparente plus à un « coup de main » plus qu'à une activité régulière. Après 15 ans, elle devient plus importante mais les jeunes adultes restent très peu longtemps dans leur

famille d'origine. Certains migrent et tous se marient relativement tôt, créant leur propre ménage. Leurs revenus leur permettent alors de subvenir aux besoins de leur propre famille (conjoint et enfants). Par conséquent, la période pendant laquelle les enfants contribuent significativement aux revenus de leurs parents est relativement courte.

Les familles qui disposent encore d'un capital foncier suffisant pour survivre ont-elles aussi des raisons de limiter leur fécondité. Les règles successorales vont vraisemblablement évoluer et pour conserver leur capital, il est probable que certains enfants soient exclus de l'héritage. On observe déjà à Ampitatafika une spécialisation des enfants selon leur rang de naissance : la probabilité de migrer pour un jeune adulte est beaucoup plus faible chez les aînés (Briet, Gastineau, 2006). Ces derniers restent à Ampitatafika pour cultiver la terre familiale tandis que les autres sont contraints au salariat ou à l'émigration. Ne pouvant assurer l'avenir de nombreux enfants, les couples sont de plus en plus favorables à la limitation de la taille des familles, comme en témoigne Lina, mariée, 23 ans :

A mon avis, la famille idéale c'est quatre enfants, c'est-à-dire une petite famille. Dans une petite famille, les parents peuvent faire face aux besoins de leurs enfants. Et au point de vue de l'héritage, chaque enfant aura un peu plus de part que dans une grande famille. Si les enfants sont nombreux, chacun n'aura qu'une petite part, beaucoup trop petite pour vivre.

La pression foncière a aussi augmenté les coûts de l'enfant. Les couples savent que leurs enfants ne peuvent pas espérer vivre de leur maigre héritage. Ils souhaitent les doter d'un autre capital, celui acquis à l'école. La scolarisation des jeunes enfants est forte : au moment de l'enquête, 88% des 6-14 ans sont scolarisés. Il n'y a pas de différence significative entre les garçons et les filles. Malgré le fait que les écoles peuvent être éloignées de plusieurs kilomètres et que le coût de la scolarisation est élevé pour des familles pauvres, la quasi-totalité des enfants vont à l'école. Cette volonté est motivée en général par leur propre expérience de l'école : les jeunes parents interviewés déclarent avoir beaucoup appris de l'école (lire et compter) mais pas suffisamment. Ils sont tout à fait conscients qu'être analphabète dans une société où la majorité des enfants et des adultes sont lettrés est un handicap majeur et à Ampitatafika dans un contexte de monétarisation de l'économie, de pluriactivité et de migrations croissantes, l'instruction est de plus en plus indispensable.

Voici qu'Armand, né en 1976, père d'un enfant nous dit :

Dans les petites familles, il est beaucoup plus facile de faire suivre des études aux enfants, de les faire réussir dans la vie. Si on a peu d'enfants, il est plus facile de surveiller leurs études, de les conseiller, pour qu'ils puissent réussir dans la vie. Quand les enfants arrivent au collège, alors là les difficultés se présentent et si on a plusieurs enfants, on sacrifie souvent l'aîné pour que les autres puissent jouir un peu plus des études. Si moi par exemple, je n'ai que deux enfants, je dois pouvoir les envoyer tous les deux à l'école et leur donner les moyens de réussir leur vie.

Les enfants scolarisés auront plus de facilités à s'intégrer sur le marché du travail salarié. La scolarisation massive des jeunes filles est de plus un fait très favorable à la baisse de la fécondité.

La pression foncière et la nécessité d'envoyer les enfants à l'école sont deux facteurs qui pousseraient les jeunes couples à vouloir limiter leur descendance. Cependant, pour qu'ils puissent limiter leur fécondité encore faut-il que cela soit « acceptable » socialement, légitime et que le contexte institutionnel (santé, écoles) y soit favorable.

Un contexte institutionnel favorable à la baisse de la fécondité et à l'utilisation de la contraception

Le contexte institutionnel à Ampitatafika est tout à fait favorable à ce désir des jeunes couples de limiter la fécondité.

Il y a dans la zone d'étude sept écoles primaires publiques créées entre 1919 et 1993 et deux écoles privées. Il y a aussi un collège d'enseignement secondaire. Le lycée le plus proche se situe à Antanifotsy, c'est-à-dire à environ 10km du centre de la commune d'Ampitatafika.

La construction du centre de santé date de 1958. Cette structure et son personnel ont permis d'améliorer le contexte sanitaire. La mortalité infanto-juvénile, par exemple, n'a cessé de diminuer depuis les années 1970 passant de 102‰ (102 décès d'enfants entre 0 et 5 ans pour 1000 naissances vivantes) en 1975-1979 à 63‰ en 1995-1999.

Toutefois ces institutions ne sont pas récentes et les indicateurs de santé comme ceux de la scolarisation montrent qu'à Ampitatafika, des changements importants dans les facteurs de la baisse de la fécondité ont pu être observés dès le début les années 1970. Comme nous venons de le voir la mortalité des enfants était alors en baisse, le centre de santé permettait que plus de 85% des accouchements soit médicalisés (1970-1979). De même la scolarisation des enfants augmentait : parmi les enfants qui avaient l'âge d'entrer à l'école au début des années 1970³, seuls 11% sont restés sans instruction, 64% ont été à l'école primaire et 25% ont même été scolarisés dans le secondaire. Les individus nés 15 ans plus tôt (susceptibles d'entrer à l'école vers 1955) avaient été beaucoup moins scolarisés : 33% ne sont jamais allés à l'école, 60% sont allés à l'école primaire et seuls 7% ont pu fréquenter le collège.

Cette amélioration dans le contexte sanitaire et éducatif au cours des années 1970 n'a pas entraîné une baisse de la fécondité car la demande en enfants durant cette période reste élevée. L'économie agricole reposait encore beaucoup sur la main-d'œuvre familiale et les surfaces cultivées, quoique certainement déjà restreintes, restaient suffisantes pour faire vivre des familles nombreuses. Ce sont donc ces changements dans le contexte économique (pression foncière, pauvreté, inégalités croissantes avec les villes, etc.) qui expliquent aujourd'hui les modifications dans les aspirations en terme de fécondité des jeunes couples et l'offre de services scolaires et sanitaires créés des besoins que les familles ont du mal à assumer actuellement.

La proximité avec le centre de santé de base semble déterminante dans la volonté des couples de limiter leur fécondité (tableau 9). Plus les chefs de ménage se perçoivent proches du centre de santé, plus leur risque de limiter leur fécondité au-dessous des 6 enfants est fort. Autrement dit, la proximité avec les services sanitaires facilite le simple fait de penser à la contraception et de vouloir limiter sa fécondité. Les entretiens ont montré que les informations données par le personnel du CSB lors de visites médicales liées ou non à la santé de la reproduction permettaient souvent aux individus de légitimer la limitation des naissances et d'accéder à des méthodes de contraception, notamment celle de l'abstinence périodique. Le témoignage de Rova, né en 1979, père de deux enfants montre bien qu'aujourd'hui à Ampitatafika le tabou de la contraception n'est plus aussi fort qu'avant :

Les gens qui ont beaucoup d'enfants c'est surtout par ignorance, ils n'ont reçu assez d'éducation. Ils hésitent par exemple à aller au centre de santé de base pour la contraception. Moi avec ma femme, on a déjà demandé conseil à la sage-femme pour la contraception mais on attend le retour de couches pour commencer. Moi, j'ai entendu parler de la contraception la première fois dans le cadre de mon travail, quand j'étais jeune, quand je me déplaçais beaucoup. Maintenant, on entend beaucoup de choses sur la contraception à la radio [...]. Tout le monde est conscient aujourd'hui que c'est une façon d'améliorer les conditions de vie de chaque famille. C'est une opportunité de résoudre les problèmes. Le contexte a vraiment changé, autrefois, c'était une chose honteuse, mais plus maintenant.

³ Individus qui ont entre 30 et 35 ans au moment de l'enquête référence.

Tableau 9
Risques relatifs (odds ratio) pour un chef de ménage de souhaiter limiter sa descendance au-dessous de 6 enfants

Variabes	Risque (odds ratio)
<i>Distance au centre de santé (distance perçue)</i>	
Il est proche	(réf.)
Il est loin	0,658**
Il est très loin	0,791
<i>Distance à la route goudronnée (distance perçue)</i>	
Elle est très proche	(réf.)
Elle est proche	0,258*
Elle est loin	0,136*
Elle est très loin	0,216*

*p<0,001 **p<0,005

Base : chefs de ménage ayant 5 enfants ou moins

Source : Enquête Référence 4D, 2003

Les couples en début de vie fécondité souhaitent limiter leur fécondité, le contexte institutionnel est plutôt favorable et il est maintenant acceptable socialement d'utiliser des moyens de contraception. Doit-on conclure que tous les facteurs sont réunis pour que la transition de la fécondité ait lieu à Ampitatafika et plus généralement dans le milieu rural malgache ?

Quel avenir pour la transition de la fécondité en milieu rural dans un contexte de pauvreté ?

Un début de baisse de la fécondité en milieu rural a donc été observé à Madagascar cette dernière décennie. Il faut toutefois préciser que la baisse de la fécondité en milieu rural n'a pas eu lieu partout, ni dans toutes les catégories de population. Dans la province de Toliara, la fécondité en milieu rural reste élevée et n'a pas diminué de façon significative entre 1997 et 2003 (tableau 10). Toliara est la province où les taux de scolarisation au primaire et au secondaire sont les plus faibles (PNUD, 2004). C'est aussi la province où les accouchements à domicile sont les plus nombreux. Au cours des 5 années précédant l'enquête EDS 2003, 30% des accouchements ont eu lieu en l'absence de personnel médical ou même d'accoucheuse traditionnelle et seuls 38% ont été assistés par un personnel médical (au niveau national, les chiffres sont respectivement de 11% et 51%). A Toliara, le contexte institutionnel favorise une très faible demande en limitation des naissances : en 2003, les femmes souhaitent en moyenne 7 enfants et les hommes 8,9 enfants. Même les plus jeunes (20-24) ont des fécondités idéales très élevées (6,9 enfants pour les 20-24 ans, 7,2 pour les 25-29 ans). Dans cette province les conditions ne sont pas réunies pour que la transition de la fécondité débute.

Le rythme de la transition de la fécondité à venir dépendra donc de l'évolution des comportements démographiques dans les régions qui sont restées aujourd'hui à l'écart de la transition de la fécondité. Il semble que la transition de la fécondité a débuté uniquement dans les régions et les catégories de population qui les plus scolarisées, les moins enclavées, celles qui ont accès à des écoles et à des services de santé, même si ces populations restent pauvres (vivent avec moins de un dollar par jour). Parmi les populations pauvres, celles qui sont isolées restent à l'écart de ces changements démographiques.

L'exemple de la commune d'Ampitatafika montre bien combien il est difficile de distinguer dans les changements de fécondité ce qui est de l'ordre de la modernisation de ce qui est de l'ordre de la pauvreté. Le souhait de limiter la fécondité n'est pas seulement une stratégie de lutte pour la survie quotidienne mais aussi une aspiration des parents à donner à leur enfant un capital qui leur permettra une certaine ascension sociale. La baisse de la fécondité résulte à la fois de facteurs de modernisation (accès à l'éducation, accès aux services de santé, ouverture sur l'extérieur) et de facteurs de pauvreté

(coûts trop élevés de la scolarisation et de la santé, marché de l'emploi non agricole restreint, saturation foncière, etc.). Les deux types de facteurs convergent pour faire diminuer le nombre d'enfants souhaités par les jeunes couples.

Tableau 10
Nombre moyen d'enfants nés vivants par femme (15-49 ans) en milieu rural par province et par groupe d'âges quinquennal en 2003

		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Antananarivo	1997	0,19	1,4	2,9	4,2	5,8	7,2	8,2
	2003	0,20	1,2	2,3	3,5	4,4	5,4	5,9
	Taux de croissance	4,9	-16,5	-24,5	-21,0	-31,1	-34,2	-39,5
Fianarantsoa	1997	0,6	1,9	3,5	4,8	6,2	7,6	7,8
	2003	0,4	1,6	3,2	3,9	5,2	6,1	6,0
	Taux de croissance	-44,7	-17,5	-9,4	-24,0	-18,5	-24,1	-30,7
Toamasina	1997	0,6	1,9	3,5	4,8	6,2	7,6	7,8
	2003	0,3	1,8	3	4,1	5,4	6,4	6,4
	Taux de croissance	-93,0	-4,4	-16,7	-17,9	-14,1	-18,3	-22,6
Mahajanga	1997	0,8	2,1	3,8	5,1	6,8	7,2	6,8
	2003	0,8	2,2	3,5	4,4	5,8	6,5	5,8
	Taux de croissance	-0,5	4,0	-9,6	-16,9	-17,4	-10,2	-16,7
Toliara	1997	0,8	2,3	3,2	4,4	6,1	5,9	6,7
	2003	0,6	2,1	3,5	4,6	5,9	5,9	6,5
	Taux de croissance	-27,0	-7,1	7,5	5,1	-3,2	-0,5	-3,0
Antsiranana	1997	0,5	1,9	3,1	4,1	5,5	6,6	7,3
	2003	0,5	1,8	3,1	3,9	5,4	5,8	7,5
	Taux de croissance	-6,4	-3,6	-0,3	-5,1	-2,6	-13,3	2,6

Source : EDS 1997, 2003

Références

Adnan S., 1997, « Baisse de la fécondité en situation de pauvreté absolue : aspects paradoxaux du changement démographique au Bangladesh » in J.C. Chasteland, J.C. Chesnais (eds), *La population du monde. Enjeux et problèmes*, PUF/INED, Paris, Travaux et documents, n°139, pp.41-77.

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

Boserup E., 1985, « Economic and Demographic Interrelations in Sub-Saharan Africa », *Population and Development Review*, vol.11, n°3, pp. 383-397.

Briet A.P., Gastineau B., 2006, *Les migrations de travail dans les stratégies de diversification de revenus dans le milieu rural malgache. Etude de la commune d'Ampitatafika*, Colloque International de l'AIDELF Population et travail, Aveiro, 18-23 septembre 2006, 11p.

Cosio-Zavala M., 1995, « Inégalités économiques et sociales et transitions de la fécondité en Amérique Latine », *Transitions démographiques et sociétés. Chaire Quételet 1992*, Institut de démographie, Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Académia/l'Harmattan, pp.401-414.

INSTAT, 2006, *Enquête périodique auprès des ménages 2004. Rapport principal*, Institut National de la Statistique, Antananarivo, 190p.

Kouamé A., Schellekens J., 2002, « Développement rural et attitude à l'égard de la taille de la famille en Côte d'Ivoire », *Population*, pp.293-326.

Notestein F., 1945, « Population : The Long View », in Schultz T. (Dir.) *Food of the World*, University of Chicago Press, pp.36-48

Omrane M., 2006, *Etudier la relation entre la population et le foncier dans la commune rurale des Hautes Terres*, Séminaire des Doctorants, IRD, Antananarivo, Madagascar.

Paternostro S., Razafindravonona J., Stifel D., 2001, *Changes in poverty in Madagascar*, World Bank Africa Region, Working Papers Series, n°19, Washington D.C.

PNUD, 2004, *Rapport national sur le développement humain – Madagascar 2003 – « Genre, développement humain et pauvreté »*, PNUD, 74p.

Schoumeker B., Tabutin D., 2003, « Relations entre pauvreté et fécondité dans les pays du Sud. Etat des connaissances, méthodologie et illustrations », in Cosio M. (coord.) *Pauvreté, fécondité et planification familiale*, CICRED, pp.63-114

Vimard P., 1998, « Transition démographique et familiale : une relecture des théories à la lumière de la crise » in F. Gendreau (ed), *Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud*, AUPELF-UREF-Editions ESTEM, pp.81-98.