

L'échec de la planification familiale dans les « Cités » de l'île Maurice

Yves Charbit

Sarah Hillcoat-Nallétamby

En 1991, l'île Maurice a reçu le prix pour la Population (« *United Nations Population Award* ») en reconnaissance de l'efficacité de son programme de planification familiale lancé à partir des années 1960. En effet, le taux moyen d'accroissement annuel de la population qui était de 3,1 % en 1962 est tombé à 0,8 % en 1990 (Ministry of Health, 1993). La maîtrise progressive de cet accroissement a été attribuée aux effets du programme de planification familiale, ainsi qu'au recul de l'âge au mariage des femmes mauriciennes, et dans une moindre mesure, aux effets de la politique d'émigration (Xenos, 1977). Au cours des années 1980 cependant, certains changements dans la pratique de la contraception ont conduit les responsables nationaux à s'interroger sur les possibles faiblesses d'une politique de population dont le volet planification familiale n'avait pas été jusqu'ici mis en cause, qu'il s'agisse de son fonctionnement institutionnel ou de son rôle dans la réalisation des objectifs démographiques établis par le Gouvernement (Government of Mauritius, 1993¹).

Parallèlement à une augmentation progressive des taux de fécondité, quatre problèmes firent l'objet d'études et de vérifications

¹ Ce document expose les orientations et objectifs de la politique de population telle qu'elle est conçue par le gouvernement mauricien à court et à long terme (jusqu'en l'an 2020).

statistiques² : l'abandon de la pratique contraceptive parmi les femmes inscrites auprès des centres de planification familiale ; l'utilisation du retrait comme méthode de régulation des naissances ; le choix de certains couples de ne pratiquer aucune méthode de régulation des naissances (ni moderne, ni traditionnelle) ; le recours à l'avortement.

Sur la base de ce constat, le Centre d'études et de recherches sur les populations africaines et asiatiques (Cepaa, université Paris V) réalise depuis 1991 une recherche dans certaines zones géographiques de l'île Maurice, les « Cités »³. L'objectif principal est d'analyser les déterminants socioculturels des pratiques de régulation des naissances, grâce à une méthodologie mise en œuvre notamment au Sénégal, au Burundi, et au Cameroun. Nous la présenterons avant d'analyser les causes socio-économiques et culturelles de l'échec de la contraception dans les « Cités ».

■ Une méthodologie pluridisciplinaire au niveau micro-local

Les comportements sont analysés au niveau micro-local, dans une perspective pluridisciplinaire (sociologie, démographie, anthropologie). Le cadre conceptuel et la méthodologie sont conçus en fonction de deux hypothèses fondamentales.

La première explore le niveau psycho-sociologique et culturel des relations inter-individuelles. Les comportements individuels en matière

² Voir en particulier : Ministry of Health (1982, 1991), Mauritius Family Planning Association (1989, 1993), United Nations Population Fund (1993).

³ Le mot « Cité » apparaît ici entre guillemets en tant qu'appellation familière, le terme technique pour la désignation de ces logements étant celui de « *Estates* ». La traduction la plus proche en français serait ici « logements sociaux ».

de fécondité et de régulation des naissances sont analysés comme le produit d'interactions entre les individus du village. Ceci implique l'identification et l'analyse de quatre objets sociologiques distincts : les valeurs et les normes culturelles partagées par l'ensemble des villageois ; les groupes de référence ; les relations entre les sexes ; les individus eux-mêmes.

La seconde hypothèse considère que le village, en tant qu'entité socio-économique, influe sur les comportements individuels. Quatre autres objets sociologiques sont ainsi identifiés : l'habitat, la structure démographique des familles, les équipements communautaires, les migrations et les projets de développement qui relient le village au monde extérieur. Le tableau 1 présente de façon schématique ces objets sociologiques, en précisant brièvement leurs implications méthodologiques et les outils de collecte correspondant.

Enfin, précisons que le petit nombre de données quantitatives collectées au niveau micro-local est compensé par une comparaison systématique avec les données disponibles aux niveaux régional ou national.

Ce cadre conceptuel et ces divers outils méthodologiques ont été adaptés au contexte mauricien. La population étudiée vit dans des « Cités », des logements provisoires érigés après une série de cyclones des années 1960. Elle se caractérise, à l'inverse du reste de la population du pays, par une faible pratique contraceptive. Notre hypothèse est que ceci s'explique par trois facteurs convergents :

- un environnement socio-démographique défavorisé qui a pour effet d'isoler la population des « Cités » par rapport à son voisinage et de l'empêcher de profiter pleinement des services socio-sanitaires situés sur place ou ailleurs. Cet environnement défavorisé est identifié en terme de spécificités socio-démographiques au niveau des familles (conditions de logement, familles nombreuses, etc.) et des individus (faibles niveaux de scolarisation, nuptialité instable, etc.) ;
- une méconnaissance par la population des notions élémentaires de physiologie et de santé, d'où des représentations erronées de la contraception, caractérisées par la prévalence de « rumeurs » ;
- un décalage entre les objectifs et les intérêts des organismes responsables de la planification familiale et les attentes et besoins de la population des « Cités ».

<i>HYPOTHÈSE 1 : « Les comportements individuels en matière de fécondité et de planification familiale résultent des interactions entre les individus ».</i>	MÉTHODOLOGIE	OUTILS DE COLLECTE
<p><i>Le niveau inter-individuel</i></p> <p>1 : le village comme lieu des normes/valeurs individuelles (religion, ethnie, etc.)</p> <p>2 : les groupes de référence des individus (classes d'âge, groupes de pairs)</p> <p>3 : les relations entre les sexes (statut de l'homme et de la femme)</p> <p>4 : l'individu lui-même, ses attitudes et ses opinions (y compris l'étude des leaders d'opinion modernes ou traditionnels)</p>	<p>Délimitation du champ micro-local. Choix raisonné de villages (critères ethniques, relig., etc.)</p> <p>Enquête socio-anthropologique Entretien de groupes (personnes d'âges comparables, etc.)</p> <p>Enquête socio-anthropologique. Groupes d'entretien distincts d'hommes et de femmes.</p> <p>Enquête socio-démographique par questionnaire et entretiens semi-centrés individuels.</p>	<p>Grille d'entretien groupe Grille d'entretien individuel</p> <p>Grille hommes Grille femmes</p> <p>Questionnaires et grilles d'entretien individuels femme/homme</p>
<p><i>HYPOTHÈSE 2 : « Le village, en tant qu'entité socio-économique et culturelle, influe sur les comportements individuels. »</i></p> <p><i>Le niveau communautaire : 4 facteurs</i></p> <p>1 : Modalités de l'habitat</p> <p>2 : Structure démographique des ménages</p> <p>3 : Équipements communautaires et projets de développement comme forces dynamisantes sur le village</p> <p>4 : Migrations individuelles et flux économiques</p>	<p>MÉTHODOLOGIE</p> <p>Topographie socio-culturelle du village. Enquête démographique ménage</p> <p>Enquête démographique ménage</p> <p>Enquête socio-démographique</p> <p>Enquête socio-démographique</p>	<p>OUTILS DE COLLECTE</p> <p>Plan du village Questions sur l'habitat Grille communautaire</p> <p>Questions sur les structures familiales</p> <p>Grille communautaire</p> <p>Questionnaires individuels et ménages : module « migrations »</p>

Tableau 1
Hypothèses et outils méthodologiques des études micro-locales du Cerpa.

Des handicaps socio-démographiques cumulatifs

La population de la Cité est caractérisée par un certain nombre de handicaps socio-démographiques et culturels :

- les conditions de logement sont nettement inférieures en termes d'éléments de confort et de surpeuplement, à celles du district géographique où sont situées les « Cités » ;
- le niveau d'instruction est plus faible que dans le reste du district et dans l'île ;
- la nuptialité est instable ;
- la fécondité est plus élevée que la moyenne nationale⁴.

Prenons l'exemple de l'habitat. Les conditions de logement n'ont pas beaucoup changé depuis 1960, si ce n'est que les ménages principaux se sont complexifiés par l'adjonction de « sous-ménages » : faute de moyens financiers, les enfants, au moment du mariage ou à l'occasion d'une union consensuelle, sont obligés de s'installer dans la cour de leurs parents où ils construisent des petits logements, d'où une densification de l'habitat. D'autre part, les femmes consacrent beaucoup de temps aux activités ménagères car aucune n'utilise l'électricité, qu'elles jugent trop coûteuse : 8 femmes sur 10 utilisent le bois seul ou en combinaison avec d'autres combustibles. Or le bois est très salissant. Lorsque nous leurs avons demandé ce qu'elles auraient surtout souhaité pouvoir changer dans leur vie, elles ont pour la plupart exprimé le désir d'avoir une maison plus grande et équipée d'une salle d'eau et d'une cuisine. Selon le personnel du Centre de Santé, un des problèmes majeurs empêchant le bon déroulement des séances de planification familiale est que les femmes de la Cité, en raison de leurs tâches ménagères, considérablement alourdies par le manque d'eau, ne disposent que de peu de temps pour la consultation.

⁴ Les données sur ces divers points sont présentées dans Charbit et Hillcoat, 1992.

Il est pourtant peu probable que le manque de temps soit le seul facteur de la faiblesse ou de l'irrégularité de la pratique contraceptive. Le Centre de Santé n'est qu'à quelques mètres de la Cité et une permanence est assurée par l'équipe para-médicale; mais les femmes ne veulent voir que le médecin lui-même, lors de son unique consultation le mardi de 13 heures à 14 h 30, car selon elles, lui seul peut répondre à leurs questions et leurs inquiétudes. En réalité, l'emploi du temps des femmes interrogées reste très réglé par une routine ménagère peu flexible à cause des conditions de vie et de logement, et elles ne peuvent s'adapter à des heures précises de rendez-vous. Les visites pour la planification familiale ne peuvent donc pas être prioritaires pour les femmes de la Cité.

Religion, nuptialité et pratique de la contraception

La religion catholique

83,9 % des habitants de la Cité sont catholiques, 14,5 % sont hindous (autres : 1,5 %). Lors des entretiens individuels et de groupe, les femmes se sont très souvent exprimées sur les problèmes de vie de couple. Les individus « en ménage » ou divorcés ne peuvent pas, en principe, participer à la communion, et cette interdiction est fortement ressentie par les femmes qui sont dans cette situation. Les raisons citées pour la rupture d'union sont pour la plupart la violence ou l'infidélité des hommes (notons cependant que nous n'avons pas pu parler aux hommes de la fidélité des femmes). Si leur pratique contraceptive est souvent irrégulière, c'est en partie, disent-elles, parce qu'elles se trouvent abandonnées par les hommes qui partent ou qui s'établissent ailleurs en ménage. En ce qui concerne la pratique contraceptive, l'Église catholique, en réponse à la crise démographique, a créé en 1963 une association, l'Action familiale, qui prône l'utilisation des méthodes naturelles. L'objectif de l'association était à l'origine de contribuer à la campagne nationale de planification familiale, « en misant surtout sur l'éducation des jeunes, du couple et de la

famille» (Action familiale, 1988). Il fallait par ailleurs, en 1963, « proposer une alternative à la contraception » par laquelle les Catholiques pouvaient « arriver à une régulation des naissances efficace tout en restant fidèles à la doctrine de l'Église » (Action familiale, 1988 : 4). Selon l'Action familiale, la méthode proposée (la courbe thermique, et aujourd'hui la méthode sympto-thermique modifiée, c'est-à-dire le suivi du cycle par l'observation des glaires et la prise de température) permettait que « l'homme et la femme découvrent ensemble la complexité et la richesse de leur anatomie, de leur physiologie, de leur psychologie » (Action familiale, 1988 : 7).

Au moment de l'enquête, une seule femme utilisait la méthode proposée par l'Action familiale. Pourtant, le choix d'autres méthodes de prévention des naissances parmi les femmes catholiques de la Cité ne témoigne pas d'un désintérêt envers les méthodes dites naturelles. Bien au contraire, plusieurs souhaiteraient les utiliser, mais ces femmes, qui essaient d'être fidèles à leur religion, disent que ces méthodes sont difficilement conciliables avec leur vécu. L'objectif de l'Action familiale, qui mise sur le couple et la famille, est en effet difficilement réalisable pour beaucoup de ces femmes qui doivent jongler avec les exigences d'un couple instable.

Mais, le fait de pratiquer d'autres méthodes les culpabilise et les freine dans leur intention d'utiliser les méthodes naturelles. Elles ont peur, si elles demandent des informations sur la méthode sympto-thermique, d'être obligées d'avouer qu'elles utilisent déjà des méthodes réprouvées par l'Église. Ce dilemme suscite fréquemment chez elles une réelle angoisse.

L'hindouisme

Dans le cas des hindous, la régulation des naissances est déterminée par un ensemble de valeurs culturelles qui influencent l'organisation et la gestion des rôles sociaux. Nous avons demandé à une jeune femme hindoue qui était en train de préparer son mariage, si elle voulait avoir des enfants tout de suite après son mariage. Après un moment d'hésitation, elle a répondu que ses parents avaient prévu la date de son mariage depuis longtemps, mais qu'elle ne savait pas à quel moment allait arriver ses règles. Quel lien, lui avons-nous demandé, y a-t-il avec la date du mariage ? Les femmes hindoues,

selon elle, n'ont pas le droit d'aller au temple pendant leur période de menstruation. Si elle avait décidé de prendre la pilule avant son mariage, c'était pour éviter que ses règles ne tombent en même temps que la cérémonie. Et si le cycle de pilule devait s'arrêter au même moment que le mariage ? Elle y avait pensé et c'était pour cette raison qu'elle prenait une pilule tous les jours sans interruption pour éviter le début des règles. C'est sa mère qui lui avait suggéré cette démarche, qu'elle-même avait apprise de sa propre mère, une des premières femmes du village à avoir pris la pilule. Mais l'influence des valeurs culturelles hindoues ne s'arrête pas là. Ainsi, cette femme ne savait pas si elle allait continuer à utiliser cette méthode après son mariage, car elle ne pourrait pas avoir son premier enfant avant que son frère aîné, qui devait se marier plus tard dans l'année, ait eu le sien. Selon toute vraisemblance, elle devrait donc continuer à l'utiliser dans l'année qui allait suivre son mariage.

Cet exemple montre l'intérêt d'une approche qualitative. Cette même femme, interrogée dans le cadre d'une enquête démographique classique, aurait sûrement été comptabilisée comme une utilisatrice de la contraception avant le mariage ; ses réponses aux questions sur la fécondité désirée, sur l'intervalle protogénéisique et sur l'utilisation future de la contraception auraient été jugées incohérentes.

■ Le rapport au corps

Les entretiens individuels auprès des femmes démontrent clairement qu'une des raisons de la pratique irrégulière ou de l'abandon des différentes méthodes contraceptives est la peur des effets secondaires des méthodes. La mauvaise connaissance du fonctionnement du corps féminin et du cycle contribue à la prolifération de ces rumeurs.

Lors de notre enquête, les femmes de la Cité venaient de recevoir gratuitement du dispensaire une nouvelle marque de pilule, « Ovrette », qui peut entraîner une suppression totale des règles, soit des pertes irrégulières. L'utilisation de cette pilule pose deux problèmes. D'abord, les femmes ne comprenaient pas pourquoi il fallait la prendre tous les jours sans aucune interruption. « Trop fatiguées » pour respecter

cette posologie, plusieurs ont adopté une conduite alternative qui consiste à prendre deux ou trois pilules un même jour et rien pendant les jours suivants. Plusieurs ne prennent la pilule qu'au moment des rapports, ou bien, en cas d'oubli, effectuent plusieurs prises simultanées pour rattraper les jours manqués. Ensuite, elles se plaignent de ne pas avoir leurs règles. Au fond de cette inquiétude on trouve l'idée que le sang, puisqu'il ne coule pas en dehors du corps, reste à l'intérieur, dans « la cage bébé », ce qui explique la sensation de lourdeur et de ventre gonflé dont se plaignent les femmes. Elles ne distinguent pas l'utérus et l'estomac, et les termes « cage bébé » ou utérus sont utilisés également pour décrire l'estomac comme « le ventre ». Elles croient que la digestion des aliments et les saignements lors des menstruations se produisent au même endroit dans le corps. La pilule reste dans « le ventre », ce qui explique les maux de tête, la prise de poids et les vertiges. Troublées par un problème d'obésité attribué aux effets de la pilule, mais en réalité lié à une alimentation déséquilibrée, les femmes cherchent donc à utiliser d'autres marques disponibles en pharmacie, ce qui entraîne un désintérêt et finalement un rejet de la pilule offerte gratuitement. Elles sont convaincues que, si elles pouvaient s'acheter une « meilleure pilule » dans le secteur privé, elles n'auraient plus de problèmes de santé. L'achat de la pilule en pharmacie se fait, notons-le, sans visite ou contrôle médical. Malheureusement, elles n'ont pas réellement les moyens de s'approvisionner pendant longtemps en achetant elles-mêmes les pilules.

Les mêmes types de craintes ont été évoquées pour la piqure hormonale, pour le stérilet et les préservatifs. Ainsi, les femmes déclarent souvent ne pas avoir utilisé les préservatifs parce que les hommes ne veulent pas s'en servir. Cependant, elles avouent également ne pas aimer les spermicides qui sont appliqués en même temps. Ces produits « brûlent le passage » et elles pensent qu'il se produit effectivement une véritable brûlure. Par ailleurs, elles pensent que les préservatifs peuvent rester dans le corps de la femme et « monter dans le ventre ».

En résumé, ces remarques sur les effets secondaires des différentes méthodes indiquent que les rumeurs relèvent d'une expérience négative de la pratique des méthodes. Si cette expérience se transforme en explication « irrationnelle », c'est parce que les femmes n'ont pas une connaissance suffisante du fonctionnement et de l'anatomie du corps, ni des modalités correctes d'utilisation des méthodes.

Le point de vue des hommes : l'image de la « Femme-Star »

Il a été très difficile de parler aux hommes individuellement ou en groupe. À la fin du travail de terrain, nous avons enfin réussi à réunir un soir environ 25 hommes de tous âges. Au cours de la discussion, qui a duré plus de deux heures, ils ont posé beaucoup de questions sur notre travail. Quand nous leur avons demandé pourquoi ils n'en avaient pas discuté plus tôt, ils ont dit avoir eu « honte » de parler non seulement à une femme, mais à une « blanche ». La communication avec la communauté extérieure à la Cité paraît donc réellement compromise pour ces habitants par l'importance accordée à l'appartenance ethnique.

La discussion sur la pratique contraceptive a finalement été abordée sans trop de difficulté. Les hommes, dans un premier temps, se sont déclarés favorables au « family planning » car cela aide à éviter la misère et la pauvreté. Mais ils ont eux aussi peur pour la santé et le bien-être de leurs partenaires. Ils trouvent par exemple que la pilule est un « mauvais médicament » parce qu'elle entraîne des problèmes de santé. Les craintes exprimées à propos de chaque méthode sont les mêmes que celles mentionnées par les femmes, sauf que les hommes manifestent un refus beaucoup plus prononcé pour la pilule et la piqûre hormonale. Dans un premier temps, ce refus s'explique par le fait qu'ils ne trouvent pas sain que les femmes n'aient pas leurs règles. De plus, « elles ne répondent plus à leurs attentes » : elles ne sont pas en mesure de bien s'occuper du foyer à cause des maux de tête et de la tension nerveuse qu'ils attribuent à ces méthodes. Mais en approfondissant nos questions sur ce sujet, beaucoup d'entre eux ont admis qu'ils n'aiment pas que leurs femmes prennent du poids. Ils veulent une femme qui corresponde aux « femmes que l'on trouve à la télévision qui sont toujours belles et maigres », car dans ce milieu défavorisé mais équipé en télévisions, les feuilletons du type Dallas sont très suivis : nous les avons souvent eus en « bruit de fond » lors de nos entretiens. Les hommes ne font pas de lien entre l'alimentation et l'obésité, mais l'associent principalement à la pratique contraceptive.

Les femmes, de leur côté, se sont fréquemment exprimées sur le problème d'un excès de poids, et se plaignent de la difficulté qu'elles ont « à garder leur bonhomme » puisqu'il faut toujours rester belle, même si cela demande du temps et de l'argent. Le problème de l'instabilité conjugale réapparaît : la peur d'être abandonnée suscite le désir de procréer afin de s'attacher à l'homme en lui donnant un ou plusieurs enfants. Les femmes ont exprimé à plusieurs reprises l'idée que si une femme n'a pas d'enfants avec son partenaire, celui-ci la quittera pour une autre.

■ Une offre de contraception inadaptée

L'étude de l'offre est particulièrement importante par rapport au deuxième volet de notre cadre conceptuel. Elle est une des modalités par lesquelles le village, en tant qu'entité socio-économique, est conduit à s'ouvrir sur l'extérieur. Globalement, les femmes de la Cité sont contentes des services de planification familiale disponibles dans le district étudié. Parmi les 28 femmes qui déclarent pratiquer une méthode contraceptive au moment de l'enquête, 17 s'adressent au Centre gouvernemental, six vont à l'Association mauricienne pour la planification familiale (MFPA), une à l'Action familiale, une à l'hôpital et trois n'ont pas répondu. Aucune femme n'a cité le Centre comme première source d'information en matière de planification familiale, alors que onze la citent comme seconde source.

Les membres du personnel impliqué n'apparaissent pas toujours très disposés à répondre aux questions et aux demandes des femmes qui voulaient voir le médecin pour discuter d'un problème ou pour résoudre une inquiétude. Très souvent, cette demande n'est pas satisfaite, le médecin traitant n'ayant pas suffisamment de temps à sa disposition pour pouvoir répondre à toutes les demandes. Cependant, la demande d'écoute demeure. Découragées par la non disponibilité du médecin, plusieurs femmes ont affirmé ne plus avoir envie de continuer à utiliser une méthode qui ne leur convient pas.

Le problème ici est double. La demande d'information reste insatisfaite pour beaucoup de ces femmes qui, comme le suggèrent les rumeurs, sont à la quête d'une réassurance et d'une explication sur certains effets secondaires. Par ailleurs, leur demande de changement de méthode reste insatisfaite. Au moment de l'enquête, le Fnuap offrait à l'île Maurice environ 300 000 US \$ sur une période de cinq ans pour acheter certains moyens contraceptifs. Environ 10 000 US \$ par an étaient dépensés pour la pratique de la méthode sympto-thermique modifiée de l'Action familiale : thermomètres et tableaux, grilles de température. Environ 50 000 US \$ étaient également dépensés pour l'achat de la piqure hormonale (depo-provera). Toutes les autres méthodes disponibles à Maurice étaient fournies en nature par l'USAID (pilules, préservatifs, stérilets, spermicides, etc. 5). Il n'existe donc que très peu de choix quant au type de pilule disponible par distribution gratuite dans les centres gouvernementaux puisqu'ils les recevaient en donation. Comme nous l'avons vu, la pilule « Ovrette » suscite de fortes réticences de la part des femmes.

Le personnel soignant se trouve alors souvent dans l'obligation de suggérer aux femmes qu'elles s'adressent ailleurs pour un autre type de pilule. Mais la façon dont cet avis est transmis peut être déterminante pour l'abandon ou la pratique ultérieure de la méthode. La demande d'information et d'explication n'est apparemment pas satisfaite puisque les femmes de la Cité se sont adressées continuellement à nous pour des explications concernant le fonctionnement de la pilule, du stérilet et de la piqure hormonale. Elles ont même demandé que l'on pose à leur place des questions au médecin et à la représentante de l'Action familiale. Elles voulaient qu'on leur explique le fonctionnement du cycle et elles souhaitaient également voir à quoi ressemblait « la cage bébé » (l'utérus) par rapport à l'ensemble du corps féminin. Elles n'osaient pas demander aux représentants de l'Église de faire venir cette personne puisque nombre d'entre elles étaient en ménage ou bien pratiquaient une méthode artificielle.

5 Un changement dans le financement du budget national en matière de planification familiale est annoncé dans le rapport préparé par l'île Maurice à l'occasion de la Conférence internationale du Caire 1994 (p. 41-42). L'USAID ne fournira plus de contraceptifs à l'île Maurice à partir de 1993.

Lors des entretiens de groupes, les femmes se sont exprimées avec plus d'aisance que pendant les entretiens individuels, et certains facteurs concernant la connaissance de la pilule sont apparus. Certaines, en travaillant dans les familles franco-mauriciennes ou dans les hôtels où elles avaient un contact avec les étrangères, ont remarqué qu'il existait plusieurs types de pilule. Elles savent donc qu'il est possible d'obtenir d'autres marques que celles fournies par le Centre Gouvernemental de Santé. Par ailleurs, les femmes disent avoir suivi des émissions françaises captées sur la chaîne de l'île de la Réunion, qui montrent les différents types de méthodes contraceptives disponibles en Europe.

Conclusion

Au terme de ces pages, revenons sur nos hypothèses initiales. Nous avons d'abord supposé que les caractéristiques socio-économiques de la « Cité » avaient pour effet d'isoler la communauté par rapport au village et au district où elle est située, et de l'empêcher de profiter pleinement des services sociaux et sanitaires disponibles sur place ou ailleurs. Des conditions de logement défavorables (le manque d'espace et d'éléments de confort tel que l'eau courante) font que les femmes ont effectivement très peu de temps à consacrer aux visites médicales pour la planification familiale. Leur temps est pris par l'organisation et la gestion du ménage.

Ensuite, la méconnaissance en matière de biologie élémentaire et de santé explique aussi le faible niveau de pratique de la contraception. Les femmes ont exprimé leurs inquiétudes quant aux effets secondaires des différentes méthodes contraceptives. Ces effets sont amplifiés parce que la majorité des femmes interrogées n'ont pas d'idées précises quant aux proportions réelles de leur corps. Par exemple, l'utérus (ou « cage bébé ») occupe selon certaines d'entre elles presque la totalité du ventre. Par ailleurs, elles ne reconnaissent pas l'importance d'une prise régulière de la pilule puisqu'elles ignorent sa composante hormonale et elles ont tendance à l'assimiler aux médicaments qui ne sont pas des contraceptifs. Enfin, la prise de poids, mal supportée par les hommes, remet en question des couples déjà fragiles.

Nous avons suggéré qu'il existait un décalage entre les intérêts des organismes (et leurs agents) responsables de la prévention des naissances et les attentes et besoins des femmes et des couples de la Cité. Bien que la plupart des femmes de la Cité soient catholiques, très peu utilisent la méthode prônée par les autorités ecclésiastiques car elle suppose une stabilité de couple qui est loin d'être la règle. Même si les représentants de l'Église qui sont en mesure d'offrir des conseils et une formation pour la seule méthode offerte (méthode sympto-thermique modifiée) viennent parfois dans la Cité, la transmission d'information est en effet compromise par deux facteurs : le manque de disponibilité des femmes évoqué plus haut ; une réticence à demander des informations supplémentaires sur la pratique de la méthode sympto-thermique modifiée en raison d'une pratique des méthodes qui ne sont pas acceptées par l'Église. Quant à l'offre par le secteur public, elle se heurte au problème de la disponibilité du personnel et de la réticence à l'égard de la marque de pilule offerte.

Enfin, l'échec de la contraception renvoie à une image dévalorisée de la population des « Cités » en tant que groupe social. La conduite des habitants de la Cité fait parfois l'objet de critiques de la part des autres membres de la communauté extérieure. Les habitants de cette Cité sont conscients de l'image de « délaissés » qui leur est attribuée. Cette réputation compromet leur capacité ou leur désir de communiquer avec les autorités médicales et ecclésiastiques du village.

Au bout du compte, c'est bien la convergence des handicaps qui explique l'absence de pratique de la contraception ou de sa pratique irrégulière. Les facteurs économiques, démographiques, sociaux et culturels entrent en synergie négative. Ceci conduit à souligner l'intérêt d'une méthodologie très diversifiée et d'une analyse aussi compréhensive que possible des phénomènes étudiés. Seule une observation au niveau micro-local permet de cerner l'ensemble des mécanismes en jeu, ce qui est impossible à l'occasion d'une opération de collecte de type enquête sur échantillon aléatoire. Ensuite, il est clair qu'une approche pluridisciplinaire permet d'éviter des interprétations erronées des comportements, comme nous l'avons vu à propos de la religion. Les entretiens qualitatifs sont ici irremplaçables. En sens inverse, les données lourdes, telles que les statistiques censitaires sur le logement ou le niveau d'instruction sont nécessaires car elles permettent d'apprécier la représentativité de la recherche monographique.

L'inconvénient de cette méthodologie est qu'elle implique un travail de terrain délicat, car on ne peut confier à des enquêteurs classiques une collecte aussi fine. Enfin, il va sans dire que le chercheur démographe doit lui-même s'ouvrir à d'autres disciplines pour comprendre la complexité des comportements et des attitudes, dans la mesure où cette méthodologie privilégie les référents socioculturels.

Bibliographie

Action Familiale, 1988 —
Action familiale 1963-1988.
Au service de l'amour, de la vie
et de la famille, île Maurice.

CHARBIT Y.,
HILLCOAT-NALLÉTAMBY S., 1992 —
« Facteurs socioculturels de la
planification familiale à l'île Maurice :
le cas des « Cités » ». In : *Actes du*
Colloque International Fécondité et
Insularité, Saint-Denis de la Réunion :
475-497.

Government of Mauritius, 1993 —
National Population Report. Prepared
in the context of the International
Conference on Population and
Development, ICPD, 5-13 septembre
1994, Cairo, 64 p.

Mauritius Family Planning
Association, 1989 —
Survey on Drop-outs, Clients
from MFPA Clinics. Research
and Evaluation Unit, August.

Mauritius Family Planning
Association, 1993 —
Report on The Use of Induced
Abortion in Mauritius. Alternative
to Fertility Regulation or Emergency
Procedure ? July, 35 p. (non publié).

Ministry of Health
of Mauritius, 1991 —
Mauritius Contraceptive Prevalence
Survey, 1985 and 1991. University
of Mauritius, CDC.

Ministry of Health
of Mauritius, 1993 —
Family Planning and Demographic
Yearbook, 1992. Evaluation Unit,
Republic of Mauritius.

RAJCOOMAR J., WONG P.C., 1982 —
A Study of the Drop Outs in the
Family Planning Programme of the
Family Planning, Maternal and Child
Health Division. Ministry of Health of
Mauritius, 28 + 10 p.

United Nations Population Fund,
1993 —
Highlights of Census Analysis,
Central Statistical Office, Population
and Development; Dissemination
Seminar of Census Analysis,
22 dec. 1993, Republic of Mauritius.

XENOS C., 1977 —
Fertility change in Mauritius and
the Impact of the Family Planning
Programme. Ministry of Health
of Mauritius, 445 p.