

Fidèle Kadoukpè AYÉNA

(2012)

# Afrique comparable ? Santé publique et sécurité globale au Bénin

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,  
professeur de sociologie retraité du Cégep de Chicoutimi

Courriel : [jean-marie\\_tremblay@uqac.ca](mailto:jean-marie_tremblay@uqac.ca)

Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de : "Les classiques des sciences sociales"

Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,  
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Site web : <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque  
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web : <http://bibliotheque.uqac.ca/>

## Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l'autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle :

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.
- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf, .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

**L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs. C'est notre mission.**

Jean-Marie Tremblay, sociologue  
Fondateur et Président-directeur général,  
**LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES.**

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Fidèle Kakoukpè AYÉNA

**AFRIQUE COMPARABLE ?  
SANTÉ PUBLIQUE ET SÉCURITÉ GLOBALE AU BÉNIN.**

Thèse de doctorat de l'Université de Toulouse en science politique.  
Thèse dirigée par Michel Bergès, professeur de science politique à  
l'Université Toulouse 1 Capitole, 22 mai 2012, 561 pp.

[Autorisation formelle accordée par l'auteur le 16 juin 2012 de diffuser cette thèse dans Les Classiques des sciences sociales.]



Courriels : Fidèle AYENA : [fidelayena@hotmail.com](mailto:fidelayena@hotmail.com)  
Michel Bergès : [michel.berges@free.fr](mailto:michel.berges@free.fr)

Polices de caractères utilisée : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2008 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE US, 8.5'' x 11''.

Édition numérique réalisée le 1<sup>er</sup> octobre 2012 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, Québec.



Fidèle Kakoukpè AYÉNA

## AFRIQUE COMPARABLE ? SANTÉ PUBLIQUE ET SÉCURITÉ GLOBALE AU BÉNIN.



Thèse de doctorat de l'Université de Toulouse en science politique.  
Thèse dirigée par Michel Bergès, professeur de science politique à  
l'Université Toulouse 1 Capitole, 22 mai 2012, 561 pp.

[3]

*« L'Université Toulouse 1 Capitole n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur ».*

[5]

**AFRIQUE COMPARABLE ?  
SANTÉ PUBLIQUE ET SÉCURITÉ GLOBALE AU BÉNIN.**

**REMERCIEMENTS**

[Retour au sommaire](#)

Au terme de cette étude, je voudrais tout particulièrement remercier mon cher directeur le professeur Michel Bergès qui, après m'avoir accepté à ses côtés, après m'avoir fait une place au sein de son équipe de recherche le GRSG, n'a de surcroît ménagé aucun effort tout au long de cette étude pour m'accompagner, me guider, m'encourager et me prodiguer ses meilleurs et utiles conseils sans lesquels ce travail aura tout simplement manqué de lumière heuristique et de hardiesse discursive. Je voudrais remercier le professeur Michel-Louis Martin qui m'a accueilli dans cette équipe de recherche le GRSG qu'il dirige. Je remercie les éminents membres de mon jury de soutenance pour l'intérêt scientifique qu'ils ont manifesté à cette thèse en acceptant de la juger.

Mes remerciements vont naturellement à l'endroit de Saliou Akobi, Alexandre Fatchéhoun, Yves Tiné, Hadidja Dhoiffir, Elena Choumanska, Mohamed Ali, Idriss Houssein, Casimir Adjitchè, Jean-Paul Adikonou, Pierre, Thierry et Hilaire Ayéna pour leur soutien moral puis leurs chaleureux et incessants encouragements.

Merci à vous aussi chers enquêtés, vous qui aviez prêté une oreille toujours attentive à toutes mes requêtes, certes, exigeantes mais que tous, spontanément, les uns que les autres, vous fîtes passionnantes. Ce travail vous est donc amplement redevable. J'ai une pensée particulièrement émue pour David Akobi qui a prématurément quitté ce

monde au moment où s'achève cette étude dont il fut l'un des enquêtés mobilisés et le parent attentionné. Malgré la maladie, il s'était prêté, toujours sans parcimonie, à toutes mes investigations pour comprendre les logiques tant culturelles que calculatrices qui déterminent les parcours de soins médicaux au Bénin.

Enfin, que ce travail de recherche sur la santé publique au Bénin soit dédié à sa mémoire tout comme à celle de ma tendre et très affectueuse mère Iwinfoumi Léocadie Akoti dont la maladie un jour puis la mort subitement ont eu raison de tant de dévouements maternels et d'attentions hypocoristiques. Chère maman, ce travail salue ta mémoire, pour cette mère que tu fus, et pour ce dont tu as souffert dans le silence de la douleur et l'impéritie des hôpitaux.

[7]

**AFRIQUE COMPARABLE ?  
SANTÉ PUBLIQUE ET SÉCURITÉ GLOBALE AU BÉNIN.**

**RÉSUMÉ — MOTS CLÉS**

[Retour au sommaire](#)

La maîtrise ou le contrôle des situations de risques sanitaires collectifs au Bénin appelle de plus en plus aujourd'hui une action publique responsable et plus engagée. Le but de la présente investigation s'inscrit donc dans la compréhension sociologique des mécanismes institutionnels en charge de la sécurité sanitaire au niveau populationnel en déterminant leurs impacts possibles sur l'orientation des comportements de soins et du cadre de vie des individus. Le contexte actuel de communication transfrontalière des risques à impacts sanitaires justifie que des mesures préventives et correctives soient adoptées non seulement au niveau national mais aussi international. Bien que les capacités de maîtrise ou de contrôle des risques sanitaires collectifs varient d'un Etat à l'autre, la gestion localisée d'un événement quelconque de santé publique n'est pas sans inférence sur la santé du reste du monde d'où l'intérêt de se demander comment l'Etat béninois définit et met en œuvre ses stratégies de maîtrise ou de contrôle avant et pendant l'émergence d'une menace sanitaire collective. Dans cette optique, le principe de précaution semble tant bien que mal s'affirmer comme principe directeur dans l'élaboration et la mise en œuvre de certaines politiques publiques de contrôle des risques sanitaires collectifs. Les politiques du risque et l'expression sociale du besoin de sécurité sanitaire au cœur de cette étude restent, bien entendu, une contribution par la recherche à la satisfaction des objectifs de modernisation et du fonctionnement performant des institutions publiques et sanitaires de ce pays.

**Mots clés :**

Action publique, gouvernance, menaces, risques, sécurité sanitaire, prévention, principe de précaution, environnement, biosécurité, qualité hospitalière, mondialisation, intrants chimiques agricoles, imaginaire collectif, croyances culturelles, Etat sorcier, déterminants socioéconomiques de la santé, Etant sorcier.

[8]

[9]

**AFRIQUE COMPARABLE ?  
SANTÉ PUBLIQUE ET SÉCURITÉ GLOBALE AU BÉNIN.**

**ABSTRACT AND KEYWORDS**

*Public Health care of Benin : A national and international stakes  
for public and multisector policies of control concerning  
public and individual health hazards.*

[Retour au sommaire](#)

There is an increasing call for a responsible and more committed public action regarding the tackling of public health hazards in Benin. The purpose of this inquiry therefore comes within the framework of a sociological understanding of institutions in charge of public health at the population level by assessing their potential impact on the provision of health care and the standard of living of individuals.

The current juncture of cross-border communication of health-related hazards calls for preventive and corrective measures to be taken both at the national and international level. Although the ability to control health hazards varies from one country to another, the handling of a localized case of a public health incident of any kind is bound to affect the rest of the world, hence the need to understand how the state of Benin devise and implement its strategies to tackle a public health hazard before and during its outbreak.

In this regard, precautionary principle seems to be more or less the main drive behind the formulation and implementation of certain public policies concerning the control of public health hazards. Policies of hazards and the social expression of the need for health care, which are at the core of this study stem from the research for the attainment of modernization goals and the efficient running of public and sanitary institutions of this country.

**Keywords :**

Public action, threats, risks, safety, prevention, precautionary principle, environmental, biosafety, hospital quality, globalization, agricultural chemicals, collective imagination, cultural beliefs, sorcerer State, socioeconomic determinants of health, sorcerer Being.

[10]

[11]

## Liste des photographies, tableaux et encadrés annexés

[Retour au sommaire](#)

### **Annexe 1 : cartographie et illustrations photographiques :**

- [Document 1.](#) Image-photo Api-palu : médicament néo-traditionnel ou phytomédicament distribué par Api-Bénin.
- [Document 2.](#) Carte politique et administrative du Bénin.
- [Document 3.](#) Illustration photo des actions d'aide alimentaire du PAM – BENIN.
- [Document 4.](#) Coton biologique et cultures vivrières (2 photos).
- [Document 5.](#) Mise en débat public de la menace de l'érosion littorale (photos illustration).

### **Annexe 2 : tableaux et encadrés :**

- [Document 1.](#) Tableau retraçant les quatre catégories des compétences propres aux professions de santé.
- [Document 2.](#) Répartition du personnel de santé et principaux ratios par département au 31 Décembre 2002 (MSP) et données relatives aux pharmaciens et officines pharmaceutiques (5 tableaux).
- [Document 3.](#) Tableau n°1 adapté du rapport sur la santé en 2006, OMS (Bénin), répartition des agents de santé dans les Etats membres et tableau n°2 adapté de (source FAO, SMIAR) : état des crises alimentaires graves dans le monde en 2005.

- [Document 4.](#) Tableau de la pyramide sanitaire du Bénin.
- [Document 5.](#) Tableau synoptique de la formation des professionnels de santé autres que médecins et pharmaciens : conditions d'entrée et diplômes de sortie.
- [Document 6.](#) Tableau synoptique des Coopérations bilatérales et multilatérales dans le domaine de la santé publique au Bénin.
- [Document 7.](#) Évolution et rapport du budget annuel du secteur santé sur le budget national.

[12]

[13]

- [Encadré n°1.](#) Document relatif à l'approbation de l'Initiative PPTE en faveur du Bénin (Extrait de document cf. Fonds Africain de Développement, FAD et Banque Africaine de Développement, BAD).
- [Encadré n°2.](#) Coupure de presse : Intoxication alimentaire au Bénin.
- [Encadré n°3.](#) Tableau synoptique adapté présentant le cadre réglementaire, juridique et politique de l'organisation de la Sécurité Sanitaire des Aliments au Bénin.
- [Encadré n°4.](#) Illustration des projets d'aide au développement du PAM au Bénin (données chiffrées en tableau).
- [Encadré n°5.](#) Les objectifs fondamentaux de la SCRIP pour la sécurité alimentaire en cinq points.
- [Encadré n° 6.](#) Extrait de publication du « Protocole de Cartagena sur la prévention des risques biotechnologiques »

[14]

[15]

## SOMMAIRE

[Remerciements.](#) [5]

[Résumé – mots clés.](#) [7]

[Abstract and keywords.](#) [9]

[Liste des photographies, tableaux et encadres annexes.](#) [11]

[Sommaire.](#) [15]

[Introduction générale.](#) [22]

1. [La santé au cœur de l'action publique et de la recherche scientifique.](#) [26]

1.1. [Politiques publiques et santé publique.](#) [27]

1.2. [La démarche de précaution dans un contexte de santé publique.](#) [33]

2. [Risque, sante publique et cadre théorique : une analyse de science politique.](#) [37]

[La santé publique comme fait social observable.](#) [56]

[Procédé vérificatif des hypothèses.](#) [62]

[Problématique de recherche.](#) [65]

[Les limites du sujet.](#) [66]

[La santé publique et les politiques du risque dans la littérature des sciences sociales et politiques.](#) [68]

[Plan de travail.](#) [78]

## Première partie.

### **La santé publique à travers le prisme d'une gouvernance politique de la santé. [80]**

Introduction à la première partie. [80]

**Chapitre 1. La santé, entre médecine traditionnelle et médecine moderne.  
[85]**

Section 1. Les parcours de soins ou parcours de combattants. [86]

Titre 1. Le parcours de soins sous la bannière d'un tradithérapeute.  
[86]

A°) L'ambivalence du pouvoir thérapeutique des médecines  
traditionnelles. [87]

B°) Logiques de reconnaissance du pouvoir thérapeutique des  
médecines traditionnelles. [97]

Titre 2. Logiques de l'orientation du parcours de soins vers la médecine  
traditionnelle. [115]

A°) L'option de l'itinéraire thérapeutique traditionnel par les  
causes supposables de l'état morbide. [115]

B°) L'option de l'itinéraire thérapeutique traditionnel par les  
coûts supportables du capital-santé. [124]

C°) L'option de l'itinéraire thérapeutique traditionnel par  
l'échec des thérapeutiques « biomédicales ». [131]

Section 2. L'hôpital public en question : un milieu de soins en proie à la  
désaffection ? [140]

Titre 1. Hôpital public, sociologie d'une profession malade de ses pé-  
nuries. [142]

A°) L'hôpital public en mal des professions médicales. [143]

B°) L'hôpital public sous le prisme des professions paramédi-  
cales : de l'infirmier d'État à l'infirmier d'État adjoint ou  
sociologie d'un rôle. [165]

Titre 2. Cliniques « privées » et signes cliniques d'un malaise social.  
[177]

- A°) [Libéralisation de l'espace public de la santé et privation des soins médicaux.](#) [178]
- B°) [Cliniques « privées », croyances publiques ou sociologie d'une illusion thérapeutique.](#) [180]
- C°) [Cliniques « privées », acteurs publics et gouvernance politique de la santé.](#) [185]

[Titre 3.](#) La santé publique par l'approche participative et territoriale de la décentralisation. [187]

- A°) [La santé communautaire, chantier obscur du développement local à l'ère de la décentralisation.](#) [189]
- B°) [L'aventure ambiguë d'une action publique sectorielle dans les arènes territoriales.](#) [195]
- C°) [La décentralisation : efficacité et efficience d'une action publique sectorielle.](#) [201]
- D°) [Démocratisation et décentralisation : la construction d'un espace public et politique de médiation sociopolitique des intérêts collectifs entre le local, le national et le global.](#) [211]

## **[Chapitre 2.](#) La santé publique, entre politiques publiques et résistances culturelles. [226]**

[Section 1.](#) La sécurité sanitaire, une évolution nouvelle du propagandisme politique à l'aune de la santé publique. [227]

[Titre 1.](#) Santé publique et communication politique. [227]

- A°) [L'action publique de lutte contre le paludisme.](#) [229]
- B°) [L'action publique de prévention du VIH/sida.](#) [239]

[Titre 2.](#) Santé publique, entre pouvoir proactif de gouverner le corps social et pouvoir hétéronome de guérir le corps biologique. [253]

- A°) [De l'ambivalence d'une autonomie proactive dans l'administration du pouvoir étatique...](#) [254]
- B°) [Vers l'hétéronomie gestionnaire de la santé publique.](#) [259]

[Section 2.](#) Le poids des représentations traditionnelles de la maladie et de la santé. [265]

Titre 1. Une anthropologie socioculturelle de la construction du phénomène pathogène. [267]

A°) Des déterminants socioculturels de la santé et de la maladie... [268]

B°) Aux interprétations sémiologiques du système sanitaire. [278]

Titre 2. La santé publique, une action publique multisectorielle sur les croyances populaires. [281]

A°) L'ajustement nécessaire des programmes de santé publique à leur contexte local. [282]

B°) L'action publique sanitaire sur les conceptions populaires du sain et du malsain. [286]

Conclusion de la première partie. [292]

### Deuxième partie.

## **La santé publique à travers la gestion publique des risques collectifs [294]**

Introduction à la seconde partie. [295]

**Chapitre 1. Les politiques publiques et l'accroissement des risques sanitaires.** [298]

Section 1. Les risques sanitaires du fait de l'homme. [299]

Titre 1. Radiographie sociologique des risques sanitaires d'origine alimentaire. [300]

A°) Activités aratoires et risques sanitaires collectifs. [300]

B°) Denrées alimentaires et action publique de protection sanitaire. [312]

Titre 2. Risques sanitaires collectifs et action publique. [339]

A°) L'action publique de protection des milieux naturels. [340]

B°) L'action publique de protection du trafic routier. [349]

Titre 3. La décision politique sous le prisme du pouvoir princier ou la figure réaliste du machiavélisme selon Michel Bergès. [355]

[Section 2.](#) Les politiques multisectorielles de santé publique. [362]

[Titre 1.](#) L'action publique économique de la santé. [363]

A°) [Le financement public de la santé.](#) [364]

B°) [La gestion publique de la santé collective : entre logique pragmatique de l'« État sorcier » et aspiration sociale d'un État providentiel.](#) [368]

[Titre 2.](#) Santé publique et santé de l'économie. [372]

A°) [Santé collective et développement social.](#) [372]

B°) [Le coût social et financier de la maladie.](#) [378]

**[Chapitre 2.](#) L'action publique et la régulation des activités ou comportements face aux risques sanitaires. [386]**

[Section 1.](#) La prévention comme outil traditionnel de diffusion des programmes de santé publique. [387]

[Titre 1.](#) Salubrité publique et sécurité sanitaire des médicaments, une action publique multisectorielle de la prévention. [388]

A°) [Salubrité publique et santé publique.](#) [389]

B°) [Sécurité, qualité des médicaments et santé publique : pour une sociologie de l'accessibilité des médicaments au Bénin.](#) [397]

[Titre 2.](#) L'alphabétisation et la prévoyance, deux projets embryonnaires de prévention en matière de santé publique au niveau local. [410]

A°) [L'alphabétisation et la prévention.](#) [411]

B°) [Contexte socio-anthropologique de l'émergence progressive des mécanismes assurantiels.](#) [416]

[Section 2.](#) La précaution comme principe nouveau adaptable dans l'arène politique de la santé publique. [427]

[Titre 1.](#) Précaution et risque biotechnologique environnemental. [429]

A°) [Enjeux sécuritaires ou sanitaires des OGM dans l'agriculture locale, entre science expérimentale et savoirs populaires.](#) [430]

B°) [Action publique et cadre de régulation juridico-politique des risques biotechnologiques modernes.](#) [438]

[Titre 2.](#) Principe de précaution et pays en développement. [447]

A°) [De l'interdépendance croissante des pays du monde en situation de mondialisation économique...](#) [449]

B°) [À l'internationalisation corrélative du principe de précaution en situation de contrôle des risques sanitaires collectifs au Sud.](#) [453]

[Conclusion de la seconde partie.](#) [463]

[Conclusion générale.](#) [464]

[Bibliographie.](#) [467]

[Ouvrages classiques de sciences politiques.](#) [467]

[Autres ouvrages.](#) [472]

[Ouvrages spécialisés – santé publique et politiques du risque.](#) [473]

[Ouvrages spécialisés, revues et autres articles et ouvrages mis en ligne par « les Classiques des sciences sociales »,](#) une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay. [481]

[PERSÉE.](#) [492]

[Autres revues.](#) [494]

[Thèses et écrits académiques.](#) [495]

[Archives administratives :](#) documentation relative aux institutions nationales, internationales, sous-régionales et articles de presse. [496]

[Blog et sites internet.](#) [501]

[Table des annexes.](#) [503]

[Annexe 1.](#) cartographie et illustrations photographiques.

[Annexe 2.](#) tableaux et encadrés.

[Listes des sigles et entretiens.](#) [538]

[Sigles et acronymes.](#) [538]

[Liste des entretiens.](#) [542]

[Guide des entretiens.](#) [547]

[Table des matières.](#) [556]

[21]

« Les risques sont des « produits parasites » que l'on ingurgite, que l'on inhale en même temps que quelque chose d'autre. Ils sont les « passagers clandestins » de la consommation normale. Ils sont véhiculés par le vent et par l'eau. Ils peuvent être présents n'importe où, et sont assimilés avec les denrées dont notre survie dépend – l'air que l'on respire, l'alimentation, les vêtements, l'habitat, etc. –, autant d'espaces de protection soumis à des contrôles stricts dans le monde moderne. Contrairement aux richesses qui sont attrayantes, mais peuvent aussi être repoussantes, en face desquelles on doit et on peut toujours opérer un choix, effectuer un achat ou prendre une décision, les risques et les substances dangereuses s'immiscent partout implicitement et tranquillement sans qu'on ne leur ait rien demandé ( !). Ulrich Beck <sup>1</sup>, *La société du risque*, p. 74.

« Est-il nécessaire, se demandait Adrien Houngbédji <sup>2</sup>, de tirer une fois encore la sonnette d'alarme sur l'état de dégradation de notre environnement ? L'expression la plus couramment utilisée pour traduire ce qui se profile à notre horizon est celle d'une catastrophe écologique. La ville de Cotonou, pour ne citer que ce cas, est classée parmi les plus polluées du monde. Depuis le sommet mondial de la Terre tenu à Rio de Janeiro en 1992, un cadre institutionnel a été mis en place par le Bénin, dont l'objectif est de garantir un meilleur environnement : adoption de la loi-cadre sur l'environnement et plan d'action environnemental. Dans le cadre de la coopération bilatérale avec les Pays-Bas, un Centre béninois pour le développement durable a été créé. Il a été conçu comme un organe de conceptualisation et de mise en œuvre de stratégies de développement durable. Des plans de sensibilisation et de répression ont aussi été déclenchés. Ces différentes

---

<sup>1</sup> Ulrich BECK, *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris : Éditions ALTO Aubier, 2001, pour la traduction française, p. 74

<sup>2</sup> Adrien HOUNGBÉDJI, *Il n'y a de richesse que d'hommes*, Paris : Éditions de l'Archipel, 2005, p. 197. L'auteur fait partie de la classe politique dirigeante du Bénin.

actions (...), n'ont pas produit les effets escomptés. Compte tenu de la gravité de la situation, il est urgent d'envisager des stratégies plus originales et plus actives. Le Bénin ne peut poursuivre une politique environnementale passive. ».

[22]

**AFRIQUE COMPARABLE ?  
SANTÉ PUBLIQUE ET SÉCURITÉ GLOBALE AU BÉNIN.**

**INTRODUCTION GÉNÉRALE**

[Retour au sommaire](#)

Dans le golfe de Guinée, le Bénin <sup>3</sup>, 112.622 km<sup>2</sup>, s'ouvre donc sur l'atlantique. Pourtant, au milieu des vagues tumultueuses de l'océan agité, un bruit sourd persiste. On aurait dit une menace de la nature qui se trame à petit feu : l'érosion côtière, une érosion de plus en plus anthropique<sup>4</sup>. Pourtant, l'activité humaine avec ses prédilections pour le sable de mer dans la construction des immeubles d'habitation, persiste toujours avec autant d'acuité. Quelques habitations bordant la côte résistent encore. D'autres, délaissées par leurs occupants, tombent progressivement en ruines. Mais les hommes savent-ils maintenant que les jours sont désormais comptés, surtout si rien n'est fait ? Savent-ils maintenant que l'avancée de cette échancrure côtière ag-

---

<sup>3</sup> Voir le document n° 2 en annexe 1 : la carte politique et administrative du Bénin – source : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE). D'après cette même source, la population béninoise est estimée en 2009 à 8 497 827 habitants.

<sup>4</sup> En effet, cette érosion côtière peut très bien s'entendre au sens de catastrophe d'origine naturelle à propos de laquelle **André DAUPHINÉ** souligna, à juste titre, que : « *Si l'origine du risque est « naturelle », la catastrophe elle-même est toujours une combinaison de processus physique et d'action humaine. Ces deux composantes se croisent et s'entremêlent. Le risque ne devient catastrophe qu'avec la présence des hommes. Or les sociétés humaines peuvent soit accroître l'ampleur d'un désastre, soit au contraire en diminuer les impacts, voire réduire la probabilité de déclenchement du phénomène.* ». In **André DAUPHINÉ**, *Risques et catastrophes. Observer – Spatialiser. Comprendre – Gérer*, Paris : Armand Colin/HER, 2001, p. 73

gravée par l'action humaine, menace les espaces vitaux et par voie de conséquence la santé de toute la population ? Les autorités publiques sont sensibles à la question mais restent sur le champ des mesures et de l'action, parfois vétilleuses, tantôt velléitaires. Même les inondations saisonnières récurrentes avec leurs corvées de maladies et d'excavations dans la ville de Cotonou, ne dessillent pas suffisamment les yeux aux pouvoirs publics pour réagir et faire comprendre à leur tour aux populations qu'un danger s'élève sur la ville autant que le niveau de la mer par rapport à la terre. Cotonou, capitale économique du Bénin, avec son port autonome, transitaire entre autres, du minerai d'uranium en provenance du voisin nigérien ; son marché international de Dantokpa, mais aussi Cotonou, capitale du risque, fait ainsi, tant bien que mal son entrée dans le marché de la mondialisation. Arrêtons-nous d'emblée sur quelques [23] aspects de ces risques mondialisés : le marché des médicaments. Les officines pharmaceutiques n'ont ici qu'un monopole spacieux de la redistribution ou de la vente des médicaments. Les patients, plus enclins à l'automédication, savent qu'ils peuvent aussi –, plus facilement et dans un laps de temps – s'en procurer dans les marchés comme dans les rues où la vente à l'étalage des médicaments <sup>5</sup> est proposée parmi les denrées de toutes sortes par des marchands sédentaires ou ambulants. Ces derniers ignorent de quoi est chimiquement composé le médicament. Ils ne savent rien ni de sa substance active ni de sa provenance. Tout au plus, se souviennent-ils de son appellation lorsque le médicament n'est pas défectueux de son emballage sui generis pour mieux organiser sa vente en vrac. Les dates de péremption représentent ici de simples commodités sinon superfétatoires, du moins accessoires : de pures vétilles. Dans le même temps, les pratiques de certains professionnels de santé ne sont pas

---

<sup>5</sup> **Didier FASSIN** décrit la même réalité au sujet des marchés parallèles de médicaments en Afrique en parlant de « Phénomène de vente illicite des médicaments ». Pour lui : « *Dans tous les pays du tiers monde, on trouve des produits pharmaceutiques que des marchands ambulants écoulent sur les marchés et aux coins des rues. Ce commerce, qui est interdit par la loi, n'en est pas moins officieusement toléré, et bien qu'il n'y ait évidemment aucune statistique produite sur l'activité de ce secteur, des estimations de chiffres d'affaires montrent qu'il s'agit de sommes considérables, dépassant même fréquemment les budgets publics consacrés à l'achat de médicaments.* ». In **Didier FASSIN**, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, PUF, 1996, p. 165

des plus orthodoxes. Ainsi l'exemple du personnel d'une clinique qui poursuit la vente de certains médicaments périmés – souvent jugés efficaces et de qualité mais rares sur le marché – en prétextant de leur innocuité quelques mois après leur date de péremption. Mais le risque est présent partout, même dans les hôpitaux publics où il tend à devenir la rançon de la guérison. Sans nous y attarder ici, arpentons, un tant soi peu, les vestibules du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou (CNHU), non pas parce que c'est le plus grand hôpital public que compte l'État béninois, mais parce que c'est là où l'on prend encore de nos jours, le plus de risque pour se faire soigner. Dans ces lieux en manque d'équipements médicaux, la pléthore comme la promiscuité excessive entre patients de toutes sortes d'affections, si elles ne compliquent pas le processus de soins et de guérison, comment ne pas postuler qu'elles tiennent une grande part d'explication dans les [24] nombreux cas de décès consécutifs à une hospitalisation plus ou moins longue. L'hôpital public serait-il en train de conforter une opinion publique de plus en plus désenchantée et qui n'y voit à tout prix qu'un mouvoir public dont il faut s'éloigner quitte à s'abandonner à une transhumance thérapeutique de cliniques privées en tradipraticiens ? Redescendons un peu sur les parvis du CNHU, et nous revoici encore plongé au cœur du risque : des taxis-motos aux véhicules poids lourd foisonnent dans un concert de klaxon et de smog, où l'improvisation tous azimut passe les règles élémentaires de priorité et de sécurité routière. Rien ne paraît donc sous contrôle. Le risque zéro n'existe pas. Tout baigne ici dans l'incertitude<sup>6</sup>. Aux abords des artères urbaines se multiplient des points de vente où cohabitent marchands de vêtements, de denrées alimentaires et d'essence frelatée. Le risque d'une telle cohabitation scabreuse est certes perçu par les individus mais finalement banalisé autant que les relents très incommodants de l'essence qui les enveloppent. Banalisation, familiarisation ou simplement habitude mais dans un goût d'intrépide ? Pierre Bourdieu dans ce cas naturellement

---

<sup>6</sup> On pourra reprendre ici cette affirmation de **Xavier GUILHOU** et **Patrick LAGADEC** : « Dès lors que l'on se libère du mythe du risque zéro, on renoue avec l'incertitude. ». In **Xavier GUILHOU** et **Patrick LAGADEC**, *La fin du risque zéro*, Eyrolles Editeur, 2002, Paris : Éditions d'Organisation, 2002, p. 186

aurait parlé d'habitus <sup>7</sup>. Dans les campagnes verdoyantes et luxuriantes du Bénin profond aussi – du centre [25] au Nord – déjà menacées de déforestation par la culture extensive du coton et par des incendies cynégétiques, l'utilisation des produits phytosanitaires très toxiques tels que les pesticides, les engrais minéraux ou d'autres intrants chimiques agricoles mis à disposition des cotonculteurs par l'État, n'est guère sans risque. Mais les consignes de stockage et d'usage de ces produits sont-elles bien fournies et détaillées par les services spécialisés de l'État auprès de ces exploitants agricoles quasi-analphabètes ? Une fois de plus, les nombreux accidents sériels d'intoxication ali-

---

<sup>7</sup> « L'habitus, comme système de disposition à la pratique, est un fondement objectif de conduites régulières, donc de la régularité des conduites, et si l'on peut prévoir les pratiques (...), c'est que l'habitus est ce qui fait que les agents qui en sont dotés se comporteront d'une certaine manière dans certaines circonstances. Cela dit, cette tendance à agir d'une manière régulière qui, lorsque le principe en est explicitement constitué, peut servir de base à une prévision (équivalent savant des anticipations pratiques de l'expérience ordinaire), ne trouve pas son principe dans une règle ou une loi explicite. C'est ce qui fait que les conduites engendrées par l'habitus n'ont pas la belle régularité des conduites déduites d'un principe législatif : l'habitus a partie liée avec le flou et le vague. Spontanéité génératrice qui s'affirme dans la confrontation improvisée avec des situations sans cesse renouvelées, il obéit à une logique pratique, celle du flou, de l'à-peu-près, qui définit le rapport ordinaire au monde. ». Voir **Pierre BOURDIEU**, *Habitus, code et codification*. In : *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 64, septembre 1986. De quel droit ? pp. 40-44. [Texte en ligne]. Disponible sur Persée, <http://www.persee.fr> p. 2 [consulté le 13 janvier 2010]. De la même manière et pour enrichir la définition précédente, nous soulignons à toutes fins utiles cette nouvelle affirmation de **Pierre BOURDIEU** parlant toujours d'habitus dans cette assertion : « Les conditionnements associés à une classe particulière de conditions d'existence produisent des habitus, systèmes de dispositions durables et transposables, structures structurées prédisposées à fonctionner comme structures structurantes, c'est-à-dire en tant que principes générateurs et organisateurs de pratiques et de représentations qui peuvent être objectivement adaptées à leur but sans supposer la visée consciente de fins et la maîtrise expresse des opérations nécessaires pour les atteindre, objectivement « réglées » et « régulières » sans être en rien le produit de l'obéissance à des règles, et, étant tout cela, collectivement orchestrées sans être le produit de l'action organisatrice d'un chef d'orchestre. ». In **Pierre BOURDIEU**, *Le sens pratique*, Paris : Éditions de Minuit, 1980, pp. 88-89

mentaire <sup>8</sup> qui surviennent chaque année rappellent que l'État qui tire profit de cette production cotonnière peut réformer davantage son action publique pour repenser et maîtriser ce risque rattaché à l'un des grands barycentres de ses activités économiques. Aussi le but de cette étude est-il de comprendre l'agencement des politiques publiques en matière de santé et de maîtrise des risques sanitaires individuels et collectifs.

---

<sup>8</sup> Au 1<sup>er</sup> mars 2010, le quotidien télématique de l'économie **ebeninois.com** <http://www.ebeninois.com> publiait un article intitulé : « Bénin : du poison dans le poisson ? », sous la plume de **Cyprien GANGNON**. Une fois de plus, c'est l'imprévoyance des populations qui est la cause de leur désarroi. Les pesticides destinés à l'entretien des cultures de coton sont détournés à d'autres fins telles que la pêche aux poissons. La pêche est certes fructueuse avec ces produits phytosanitaires très toxiques car tous les poissons du courant d'eau y compris leurs larves meurent de pesticide abreuvés. Mais la chaîne d'empoisonnement ne s'arrête pas là puisque des familles entières se trouvent à leur tour brisées pour avoir assouvi leur besoin alimentaire en consommant ces poissons. Les interdictions et avertissements provenant des autorités publiques ne sont guère suivis par les individus qui s'adonnent à ces pratiques. Ils ne clament qu'un seul regret : que le DDT ne figure plus parmi les quantités de pesticides importées par le Bénin. Le DDT est l'abréviation du Dichloro-Diphényl-Trichloréthane. Ce puissant insecticide organique interdit à la vente en France depuis 1971 (voir dictionnaire Larousse) est reconnu par des pêcheurs béninois comme un moyen encore plus efficace que les pesticides d'aujourd'hui pour une pêche fructueuse. Les conséquences de ces pratiques sur la faune aquatique, sur les populations riveraines, en somme sur l'écosystème ne semblent pas interpeller suffisamment la conscience de ces pêcheurs aux pesticides en eaux troubles. Le même constat est souligné par l'un de nos enquêtés, le médecin vétérinaire **Emile KANGALA** dans la ville de Parakou située à environ 418 km au Nord de Cotonou. [Entretien réalisé le 11 mars 2010]

[26]

## 1. La santé au cœur de l'action publique et de la recherche scientifique

[Retour au sommaire](#)

L'action publique – la sécurité et toutes les problématiques associées – de risques ou de menaces pour la santé, sont de plus en plus au cœur de la recherche scientifique, notamment dans les sciences sociales. En effet, l'activité humaine et le besoin effréné de développement économique ou de consommation démesurée des produits de la modernité, ne manquent pas paradoxalement d'exposer les populations et leur milieu naturel à des risques menaçants pour la santé. La sécurité sanitaire s'impose par conséquent comme un objectif fondamental de santé publique non seulement dans les politiques internationales à l'instar des instances de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) mais aussi à l'échelle nationale des politiques publiques.

La question de la sécurité sanitaire au prisme de l'action publique au Bénin revêt de nos jours une importance politique capitale. Tenter d'appréhender ce sujet, c'est d'une part, s'interroger sur la dimension politique de la responsabilité des acteurs publics à l'initiative des politiques de santé publique, en dégagant les règles d'inférence possibles pour la sécurité sanitaire des administrés ; d'autre part, c'est investiguer dans le champ des univers culturels de ces populations, leur imaginaire collectif, leurs comportements en corrélation avec les enjeux de santé publique au cœur même des organisations collectives qui président à l'amélioration des conditions de leur bien-être et à leur destinée.

La santé <sup>9</sup> de la population de l'État béninois est-elle suffisamment ou à tout le moins convenablement prise en charge par les pouvoirs

---

<sup>9</sup> Selon la définition proposée dans le préambule à la Constitution de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) en 1952 : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. ». Une nouvelle approche de la santé

publics au point de [27] permettre des conclusions apodictiques quand au niveau de sécurité sanitaire attendue pour l'état de bien-être de cette population ? Cette question mérite d'être traitée afin de comprendre les plans d'action, les capacités de réaction ainsi que les stratégies souvent définies par les acteurs publics face aux risques sanitaires qui ne cessent de s'accroître à l'ère de la mondialisation.

Dans le cas d'espèce, les risques sanitaires doivent être considérés dans leur dimension protéiforme en mettant à la fois l'accent sur les interactions entre l'homme et son environnement, entre l'individu et la société qui l'englobe.

---

connue sous le nom de la « la Charte d'Ottawa » fut proposée par l'OMS en 1986 et selon laquelle : « La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources et avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé. ». La définition de 1952 fut à juste titre commentée par **Philippe LECORPS** et **Jean-Bernard PATURET** qui constatent que d'une part, elle s'inscrit bien dans la lignée de la pensée de **Winslow** qui définissait déjà en 1923 la santé publique comme : « La science et l'art de prévenir la maladie, de prolonger la vie, de promouvoir la santé physique et la vitalité (efficiency) en organisant les efforts de la communauté pour assainir le milieu, contrôler les maladies infectieuses, enseigner les principes de l'hygiène personnelle, organiser les services médicaux et de soins, diagnostiquer à temps et prévenir la maladie, et développer une organisation sociale susceptible d'assurer à chaque membre de la communauté un mode de vie lui permettant de rester en bonne santé . ». D'autre part selon ces auteurs, la définition formulée par l'OMS élargit le champ même de la santé publique, en tant que champ de l'action collective à la différence du champ médical orienté vers l'individu, le particulier, le singulier. In, **Philippe LECORPS, Jean-Bernard PATURET, Santé publique du biopouvoir à la démocratie, Éditions de l'Ecole Nationale de la Santé publique, 1999, p. 23-24**

## 1.1 Politiques publiques et santé publique

[Retour au sommaire](#)

Les politiques du risque <sup>10</sup> au cœur de l'action publique au Bénin confrontent tout chercheur à un constat à savoir l'absence de visibilité des dispositifs mis en place [28] par les pouvoirs publics dans le traitement des problèmes de santé. Le but de la présente investigation s'inscrit donc dans la compréhension des mécanismes institutionnels

---

<sup>10</sup> La notion de risque comme le souligne **Olivier BORRAZ** est une notion polysémique, omniprésente dans les discours des organismes publics et servant de repère dans un environnement social de plus en plus incertain. Pour **Olivier BORRAZ** : « *Il n'y a pas si longtemps encore, le terme de risque suggérait l'idée de certitude ou de probabilité statistique. Il témoignait d'une capacité à anticiper le futur voire, d'une certaine manière, à le contrôler. Aussi le risque était-il intimement lié à la construction d'un État moderne capable d'assurer la sécurité de sa population contre différentes menaces. Aujourd'hui, le terme se confond avec celui d'incertitude, il suggère un avenir menaçant sur lequel nous n'aurions qu'une prise réduite et des capacités d'action limitées. Il tend à justifier une démarche de précaution dans la conduite des affaires publiques, loin de l'image d'un État omniscient et visionnaire avec laquelle nos sociétés ont vécu durant plus d'un siècle. Ce retournement est souvent associé à un changement dans la nature et l'origine des dangers. Nous serions aujourd'hui exposés, plus qu'avant, à de multiples menaces sur notre santé et notre environnement, qui trouveraient leurs sources dans les nouvelles technologies, les progrès de la chimie ou les manipulations du vivant. Les développements de la science contribueraient à fabriquer de nouvelles incertitudes qui ne se laisseraient plus saisir par des calculs de probabilité ou autres démarches d'anticipation. Jointe à un effritement des structures collectives nationales, cette situation ferait que les populations ne bénéficieraient plus des mêmes protections que par le passé tandis que les États ne seraient plus en mesure d'indiquer la voie vers l'avenir (...). D'un point de vue sociologique, [le risque est] la qualité que l'on attribue à une activité, une substance ou une installation qui présente des incertitudes pour les intérêts, les valeurs ou les enjeux d'individus, de groupes ou d'organisations. On considérera donc le risque comme le résultat d'un processus de qualification, dont l'enjeu est de réduire les incertitudes qui entourent une activité, une substance ou une installation, de manière à rendre celle-ci contrôlable.* ». In **Olivier BORRAZ**, *Les politiques du risque*, Presses de Sciences Po, 2008, pp. : 11 et 13.

en charge de la sécurité <sup>11</sup> sanitaire des populations au Bénin en déterminant leurs impacts possibles sur l'orientation des comportements des individus. Une sensibilisation des populations d'autant nécessaire avec le contexte actuel de communication transfrontalière des risques. Cette communication des risques ou catastrophes sanitaires d'un pays à l'autre, est pourtant sans commune mesure avec les réactions ou les capacités de contrôle des États concernés. Il va sans dire qu'un pays du Sud comme le Bénin n'a pas les mêmes capacités de réaction que la France ou la Grande-Bretagne lorsqu'un phénomène susceptible d'interpeller la santé publique <sup>12</sup> se produit. Pourtant, la gestion loca-

- 
- <sup>11</sup> Pour reprendre la définition du terme de sécurité au sens du Petit Larousse, nous souscrivons qu'il y a sécurité lorsqu'une personne ou une chose : « *N'est exposée à aucun danger, à aucun risque d'agression physique, d'accident, de vol, de détérioration* », in Le Petit Larousse. La sécurité désigne également l'état ou la situation d'une personne qui : « *Se sent à l'abri du danger* », de tout risque ; c'est l'état ou la situation d'une personne qui : « *Se sent rassurée* ». L'absence de sécurité traduit un état d'insécurité à propos duquel **Olivier BORRAZ** in : *Les politiques du risque*, op. cit., affirme la responsabilité de l'État. Selon lui, et reprenant à son compte les analyses de **Robert CASTEL** : « *L'insécurité étant – une dimension consubstantielle à la coexistence des individus dans une société moderne – il appartient à l'État de jouer le – rôle de pourvoyeur des protections et de garant de la sécurité* » p. 23. Une définition de la sécurité sanitaire n'est proposée qu'en 2004, remarque **Olivier BORRAZ**, avec un rapport d'experts selon lequel, la sécurité sanitaire est : « *L'ensemble des décisions, programmes et actions visant à protéger la population contre tous les dangers et les risques considérés comme échappant au contrôle des individus et définis à ce titre comme relevant de la responsabilité des pouvoirs publics et de leur régulation.* » pp. 161-162. Selon une définition du Parlement français reprise par **Olivier BORRAZ**, la sécurité sanitaire renvoie à : « *L'ensemble des actions et procédures permettant de réduire la probabilité des risques ou la gravité des dangers qui menacent la santé de la population et pour lesquelles l'action des pouvoirs publics est nécessaire.* » p. 162. Dans cette optique, **Olivier BORRAZ** met surtout l'accent sur « le principe de précaution » qui « *légitime l'ensemble du cadre de la sécurité sanitaire* » [ibidem] en favorisant l'action des pouvoirs publics dans une configuration faite d'incertitude.
- <sup>12</sup> La santé publique selon l'OMS en 1952 : « La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la viabilité mentale et physique des individus, par le moyen d'une action collective concertée visant à : assainir le milieu ; lutter contre les maladies ; enseigner les règles d'hygiène personnelle ; organiser des services médicaux et infirmiers en vue d'un diagnostic précoce et du traitement préventif des mala-

lisée d'un tel événement n'est pas sans inférence sur la santé du reste du monde <sup>13</sup> d'où l'intérêt [29] de se demander comment l'État béninois définit son action publique relative aux politiques du risque en matière de santé publique. En réponse à Patrick Lagadec, William Dab <sup>14</sup> estimait déjà que : « *Désormais, le risque peut être subi loin du lieu où il est produit.* » en s'appuyant sur les exemples de la vache folle, du coca-cola ou encore du poulet belge pollué par la dioxine pour faire remarquer que : « *Nous ne sommes plus au risque de proximité.* ». Autant dire, c'est la fin des risques de proximité ou risques localisés car nous entrons désormais dans une nouvelle dimension, celle des risques globalisés, mondialisés.

Les politiques publiques doivent être entendues de manière générale comme une stratégie organisationnelle mettant en œuvre de nouvelles orientations pour la bonne marche des institutions ou des administrations publiques.

Il conviendra aussi de souligner cette définition intéressante prônée par Vincent Lemieux <sup>15</sup> lorsqu'il affirme que : « *Les politiques publi-*

---

dies ; mettre en œuvre des mesures propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé. ».

<sup>13</sup> Il s'agit alors d'une mondialisation du risque que **BECK** souligne en ces termes dans son avant-propos à *La société du risque* : « Cette dynamique du danger qui abolit les frontières ne dépend pas de l'intensité de la contamination ni des divergences d'appréciation sur ses conséquences potentielles. C'est plutôt l'inverse qui se produit : chaque fois que l'on jauge l'ampleur d'un risque, on envisage qu'il soit universel. Reconnaître qu'il existe une contamination radioactive dangereuse équivaut à reconnaître qu'il n'existe pas d'issue pour des régions, des pays, des continents entiers. » p. 13-14. « Les dangers deviennent les passagers aveugles de la consommation normale. Ils se déplacent avec le vent et l'eau, sont présents en tout et en chacun, et pénètrent avec ce qu'il y a de plus vital – l'air que l'on respire, la nourriture, les vêtements, l'aménagement de nos lieux d'habitation –, toutes les zones protégées du monde moderne, si bien contrôlées d'ordinaire. ». In **Ulrich BECK**, *La société du risque*, op. cit., p. 17, (avant-propos).

<sup>14</sup> Réponse de **William DAB** à **Patrick LAGADEC**, in **Xavier GUILHOU** et **Patrick LAGADEC**, *La fin du risque zéro*, op. cit., p. 257

<sup>15</sup> **Vincent LEMIEUX**, « Les politiques publiques et les alliances d'acteurs », in **Vincent LEMIEUX**, **Pierre BERGERON**, **Clermont BEGIN** et **Gérard BELANGER**, (dir.), *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*. Chapitre 5, pp. 107-128. Québec : Les Presses de l'Université Laval,

*ques, que ce soit dans le secteur de la santé ou dans un autre secteur, peuvent être définies comme des tentatives de régulation de situations présentant un problème public, dans une collectivité ou entre des collectivités. ».*

Dans la mesure où les politiques publiques de santé et les politiques du risque visent à assurer aux populations un niveau de sécurité optimum, le principe de précaution doit rester la norme dans la conduite des affaires collectives. Olivier Godard <sup>16</sup> fait remarquer à juste titre que : « *Si la précaution peut conduire au meilleur ou au pire, l'absence de précaution conduit sûrement au pire... Emprunter le sentier de la précaution, c'est choisir la ligne de crête.* ». Pour [30] François Ewald <sup>17</sup> : « *La logique de la précaution est [avant tout] une logique de la décision, visant à définir la conduite à tenir dans une situation d'incertitude.* ».

Pour une tentative de définition du principe de précaution, la littérature des sciences sociales et humaines converge sur un point essentiel à savoir : l'idée de nécessité et de légitimité d'une prévention <sup>18</sup>

---

1994, [en ligne] disponible in « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », p. 7 [consulté le 07 décembre 2009].

<sup>16</sup> **Olivier GODARD**, (dir.), *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, Paris : MSH-INRA, 1997, p. 32

<sup>17</sup> **François EWALD**, « Le retour du malin génie. Esquisse d'une philosophie de la précaution », (dir.), **Olivier GODARD**, *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, op. cit., p. 112

<sup>18</sup> Une politique de prévention vise la régulation d'un risque dont les effets sont connus et leur champ délimité alors qu'une politique publique sur la base de la précaution confronte l'action publique à des zones d'ombre et donc au sens de la responsabilité face à l'incertain. Cette distinction entre prévention et précaution a notamment fait l'objet dans le *Dictionnaire des risques* de la publication d'un article de **Corinne LEPAGE**, intitulé : « Risque et environnement ». Selon **Corinne LEPAGE**, en effet : « *La prévention s'attaque à un risque dont on connaît le périmètre et les effets potentiels, et dont la maîtrise impose un raisonnement sur la base de probabilité et de mesures adaptées aux risques connus. Il en va très différemment de la précaution, concept très novateur, contrairement à ce que soutiennent ses détracteurs, qui ne saurait être simplement assimilé à de la prudence, mais qui vise une adaptation de notre comportement au risque non avéré. Ce risque doit être tout d'abord envisagé, puis étudié, puis apprécié.* ». Cf. **Corinne LEPAGE**, « Risque et environnement » pp. 407-412, in *Dictionnaire des risques*, 2<sup>e</sup> édition, sous la direction d'**Yves DUPONT**, Paris : Éditions ARMAND COLIN, 2007, p. 410

lorsqu'il existe de fortes probabilités pour que surviennent des dommages collectifs aux « conséquences graves et irréversibles ». L'ensemble des auteurs soutiennent que le principe de précaution est né d'abord dans une perspective de développement durable et de protection de l'environnement avant de s'étendre désormais à tout ce qui peut impacter sur la santé publique. François Ewald <sup>19</sup>, reprenant à son compte la Déclaration de Rio de 1992, nous rappelle que d'après ce sommet, la précaution est entendue comme une démarche qui consiste à : « *Prévenir les dégradations sérieuses ou irréversibles à l'environnement par une modification de la production, de la vente ou de l'utilisation de produits, de services ou de types d'activité, et cela selon une approche scientifique et technique.* ».

Pour lui, l'irréversibilité de ces dommages trouve son sens à travers un objectif de développement durable afin que – pour ainsi dire – « Les besoins de développement des générations présentes ne compromettent pas la capacité des générations futures à répondre aux leurs ». Il y a donc derrière le principe de précaution une idée de préserver à tout prix la vie et son milieu naturel. Dans cette [31] perspective, la précaution appelle au sens de responsabilité non seulement des collectivités humaines mais encore des individus eux-mêmes. Voici comment l'expliquait déjà François Ewald se faisant l'écho de l'historien Hans Jonas dans son célèbre ouvrage : *Le principe responsabilité* : « À l'impératif catégorique kantien, il convient de substituer un impératif adapté au nouveau type de l'action humaine : « *Agis de façon que les effets de ton action soient compatibles avec la permanence d'une vie authentiquement humaine sur terre.* » Car si nous avons le droit de risquer notre propre vie, nous n'avons pas celui de risquer celle de l'humanité. Cet impératif est à la base du principe de précaution : il invite à mesurer chacune de nos actions à la toise du principe du pire. » <sup>20</sup>.

S'il est généralement admis que la prévoyance fut à l'origine des mécanismes assurantiels, et que la prévention a fondé l'esprit de soli-

<sup>19</sup> **François EWALD**, « Le retour du malin génie. Esquisse d'une philosophie de la précaution », in **Olivier GODARD**, (dir.), *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, op. cit., pp. 110 et s.

<sup>20</sup> **François EWALD**, « Le retour du malin génie. Esquisse d'une philosophie de la précaution », in **Olivier GODARD**, (dir.), *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, op. cit., p. 120

darité, aujourd'hui, de manière diachronique, la précaution fonde progressivement une certaine morale de l'action collective. Dans cette optique, la précaution qui requiert l'action publique face aux incertitudes est donc un principe de transparence démocratique. Elle impose aux décideurs publics et aux responsables d'organismes privés face à une menace collective, de rechercher voire de diligenter toutes les informations nécessaires à la prise des décisions visant la sauvegarde de la collectivité. Elle impose de communiquer sur la nature du risque ainsi que sur les stratégies de prévention mises en œuvre. Elle invite les populations concernées à prendre part aux débats publics où seront discutées les mesures de protection envisageables pour préserver la santé de la communauté. « Ainsi –, pour reprendre ici Michel Setbon <sup>21</sup> – *communiquer, informer et expliquer représentent un triptyque sans lequel toute décision de sécurité sanitaire reste inaccessible à l'entendement des citoyens – qu'elle concerne au premier chef – et donc sans portée heuristique. Il n'y a ni apprentissage, ni capitalisation de connaissance partagée. Ce point, banalisé par le consensus sur la nécessité de combler ce déficit, reste irrésolu dans la plupart des pays démocratiques.* ».

[32]

Il en résulte que l'incertitude qui fonde le principe de précaution justifie par contrecoup la nécessité et la légitimité de l'intervention publique. L'incertitude génère donc un besoin : celui de communiquer sur la nature des risques et les moyens de les prévenir voire de les réduire. L'incertain fait appel à un devoir : celui du décideur politique. William Dab <sup>22</sup> l'affirme à bon escient en ces termes : « *L'incertitude est une notion consubstantielle à la décision car s'il n'y avait pas d'incertitude, la société n'aurait pas besoin de décideurs. Plus l'incertitude existe et plus la fonction de décideur est requise.* ».

La précaution devient alors le moteur de régulation et de gestion des risques. Elle en constitue la morale et interpelle le sens de responsabilité des décideurs publics.

---

<sup>21</sup> **Michel SETBON**, *Risques, sécurité sanitaire et processus de décision*, Paris : Collection Médecine des risques, Elsevier, 2004, p. 169.

<sup>22</sup> **William DAB**, « Précaution et santé publique. Le cas des champs électriques et magnétiques de basse fréquence », in **Olivier GODARD**, (dir.), *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, op. cit., p. 206

Mais quel sens peut revêtir concrètement ce principe de moralité publique au sein des masses populaires plutôt fatalistes face aux événements de la vie. Cette étude nous permettra également d'investiguer à l'intérieure des imaginaires collectifs et langagiers des populations béninoises en nous interrogeant, par exemple, sur la symbolique sociale des notions (*Akoba* en yoruba, *Axovi* et *agbaxo* en fon)<sup>23</sup> désignant l'accident qui est une dimension consubstantielle des manifestations du risque potentiel. Ces deux notions désignent non seulement le danger, l'accident potentiel ou produit mais encore elles imputent à responsabilité les conséquences négatives voire fatalistes qui en découlent : tous faits ou effets en pareille occurrence attribués au monde ; le monde étant réduit dans ces cultures et dans ce contexte précis, au diable, à satan, au sorcier des environs ruraux ou urbains. En somme, une sorte de main invisible scélérate qui aurait un contrôle sur le destin des humains. Ainsi, une bonne étude des risques environnementaux et sanitaires sur le terrain béninois doit aussi intégrer une dimension cognitive faisant appel à la perception même du risque par les populations. En effet, la perception du risque par un groupe social donné dépend aussi de son filtre culturel. La culture<sup>24</sup> étant un [33] marqueur fort des comportements sociaux, c'est donc à travers son regard culturel : ses rites propitiatoires, ses traditions, ses référents mystiques voire ses superstitions que nous déterminerons comment le risque et le danger sont perçus et représentés dans l'imaginaire collectif commun aux différents groupes socioculturels rencontrés au Bénin. Denis-Clair Lambert<sup>25</sup> décrivait déjà la même situation en assurant que : « *L'attitude à l'égard de la mort et de la maladie dans un grand nombre de régions du tiers monde est restée proche de celle qui prévalait en Europe avant la révolution industrielle : la mort reste une*

<sup>23</sup> Le Yoruba et le Fon ou Fongbé sont deux langues vernaculaires, les plus importantes parlées au Bénin. Elles caractérisent deux communautés sociolinguistiques qu'on retrouve principalement du Sud au centre du Bénin.

<sup>24</sup> **Philippe LECORPS** et **Jean-Bernard PATURET**, considèrent justement que : « Le normal et le pathologique se définissent au sein des groupes sociaux, ils varient d'une société à l'autre et les représentations en matière de santé sont largement tributaires des normes collectives. », in **Philippe LECORPS, Jean-Bernard PATURET**, *Santé publique du biopouvoir à la démocratie*, op. cit., p. 88

<sup>25</sup> **Denis-Clair LAMBERT**, *La santé, clé du développement économique*. Europe de l'Est et Tiers-Monde, L'Harmattan, 2001, p. 5

*manifestation du destin. Pourquoi chercher des responsables aux lendemains des catastrophes naturelles (inondations ou tremblements de terre) ou des catastrophes humaines (épidémies, guerres, génocides), si la mort est une fatalité ? ».*

## ***1.2 La démarche de précaution dans un contexte de santé publique***

[Retour au sommaire](#)

L’ambivalence de la précaution telle qu’elle résulte des constatations faites par Olivier Godard <sup>26</sup> nous incite à nous interroger davantage sur les enjeux à la fois politiques et scientifiques qui entourent sa justification et sa réalité en tant que principe directeur dans l’élaboration des politiques publiques du risque en matière de santé au Bénin. Nous dégagerons ici une analyse de la pertinence du principe de précaution inhérent à la mise en œuvre des politiques de prévention en matière de santé publique, dans un contexte particulier tel que le cas béninois dominé par des pratiques collusoires en tout genre – par exemple de trafics occultes et de corruption dans la mise en circulation et l’usage des pesticides comme des [34] médicaments dits génériques <sup>27</sup> –, de l’inobservance des consignes de sécurité <sup>28</sup> par des professionnels de santé.

Trois concepts clés permettent de circonscrire les grands linéaments de cette étude à savoir le concept de précaution à travers le principe de précaution ; le concept du risque associé aux politiques publiques visant l’élimination ou la réduction des risques et le concept de sécurité sanitaire en tant que finalité et moteur de la décision des pouvoirs publics sommés d’agir face aux demandes sociales et scientifiques de responsabilité politique. En effet, comme le rappelle Ulrich

<sup>26</sup> **Olivier GODARD**, (dir.), *Le Principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, op. cit.

<sup>27</sup> Voir **Daniel GRODOS**, *Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne : Enjeux, pratiques et politiques*, Paris : KARTHALA-UCL, 2004

<sup>28</sup> Voir **Jean-François WERNER**, « Radiographie et tuberculose au Sénégal : pratiques, croyances et imaginaires en question », (dir.), **Laurent VIDAL, Abdou Salam FALL et Dakouri GADOU**, *Les professionnels de santé en Afrique de l’Ouest : entre savoirs et pratiques*, Paris : L’Harmattan, 2005.

Beck <sup>29</sup> dans : *La société du risque* : « *Plus les risques augmentent, plus on doit promettre de sécurité, et il faut constamment répondre aux assauts d'une opinion publique vigilante et critique par des interventions cosmétiques ou réelles sur le développement technico-économique.* ».

Tout d'abord, le risque est un concept polysémique qui renvoie donc à plusieurs considérations : naturelles, environnementales, techniques, sociales et politiques. En tant que tel, le risque est parfois un construit social qui peut par conséquent masquer bien des intérêts soit politiques, soit économiques, voire personnels. Le risque, de plus en plus aujourd'hui, fait figure de monnaie d'échange ou pour reprendre ici encore Ulrich Beck <sup>30</sup> : « *Le risque est en train de devenir un fonds de commerce.* ». Cette réalité du risque est à juste titre mise en évidence par Ulrich Beck lorsqu'il parle de : « *Phénomène de pluralisation conflictuelle et une multiplicité de définitions des risques liés à la civilisation.* » <sup>31</sup>.

C'est en quelque sorte une invite à la vigilance aujourd'hui face au risque galopant d'une politisation exacerbée et d'une marchandisation spéculative du risque par les divers groupes d'intérêt ou des entrepreneurs politiques. En toute hypothèse, Ulrich Beck conçoit le risque comme une force perturbatrice menaçante [35] pour l'avenir <sup>32</sup>, et dont les conséquences dommageables prévisibles dans le présent imposent une action collective préventive. Il le dit lui-même en ces termes : « *La conscience que l'on a du risque ne se situe pas dans le présent, mais essentiellement dans l'avenir. Dans la société du risque, le*

<sup>29</sup> Ulrich BECK, *La société du risque*, op. cit., p. 37

<sup>30</sup> Ulrich BECK, *La société du risque*, op. cit., p. 101

<sup>31</sup> Ulrich BECK, *La société du risque*, op. cit., pp. 55-56

<sup>32</sup> Le risque est donc une menace dont les conséquences préjudicent des intérêts non seulement présents mais encore à venir. C'est ce que tend à souligner Ulrich BECK in : *La société du risque* lorsqu'il écrit qu' : « *En réalité, les risques ne se résument pas aux conséquences et aux dommages déjà survenus. En eux s'expriment essentiellement une composante future, qui repose en partie sur la prolongation dans l'avenir des dommages prévisibles dans le présent, et en partie sur une perte de confiance généralisée, ou sur des « potentialisateurs de risque » présumés. Les risques ont donc forcément partie liée avec la prévision, avec des destructions non encore survenues mais menaçantes, dont la réalité présente réside justement dans cette dimension à venir.* », in Ulrich BECK, *La société du risque*, op. cit. p. 60

*passé perd sa fonction déterminante pour le présent. C'est l'avenir qui vient s'y substituer, et c'est alors quelque chose d'inexistant, de construit, de fictif, qui devient la « cause » de l'expérience et de l'action présentes. Aujourd'hui, nous devenons actifs pour éviter, atténuer, prévenir les problèmes ou les crises de demain ou d'après-demain – ou justement pour ne rien faire de tout cela. »* <sup>33</sup>.

Nous évoluons désormais, à en croire Ulrich Beck dans une société du risque où les grandes questions des inégalités sociales n'ont plus pour catalyseur la logique de répartition des richesses mais celle de la répartition des risques <sup>34</sup>. Mais pour Olivier Borraz <sup>35</sup>, le risque s'apparente aujourd'hui à l'incertitude telle qu'il apparaît nécessaire aux décideurs publics d'y répondre afin d'écartier chaque zone d'ombre en mettant en place le principe de précaution dans la conduite des affaires sociales. Le risque, considère-t-il : « *Est le résultat d'un processus qui voit des incertitudes converties en autant de dimensions qui peuvent faire l'objet d'une action.* ».

Dans cette optique, la précaution – prudence ou prévoyance pour reprendre le sens commun du terme – érigée en principe, suppose l'existence de normes ou décisions à caractère politique pour prévenir voire pallier les dangers ou conséquences potentielles rattachées à l'existence d'un phénomène, d'un [36] dispositif, d'une activité, en l'absence de certitude ou de connaissance scientifiquement prouvée. Le but étant d'assurer aux populations un état de veille raisonnable et responsable pour la santé publique. La sécurité sanitaire est donc à ce prix. En tant que partie intégrante des activités de contrôle et de régulation des pouvoirs publics, la sécurité sanitaire est une forme de politique publique dont la mise en œuvre relève de la responsabilité politique des décideurs publics en vue d'éliminer ou de réduire les risques ou menaces sur la santé, lesquelles échappent au contrôle individuel des personnes. La sécurité sanitaire peut s'entendre diversement comme en témoignent les nombreux dispositifs mis en place au sein

<sup>33</sup> Ulrich BECK, *La société du risque*, ibidem.

<sup>34</sup> Ainsi, selon Ulrich BECK : « L'histoire de la répartition des risques montre bien que les risques, comme les richesses, obéissent à une logique de classes – mais elle est inverse : **les richesses s'accablent en haut, les risques en bas.** Ainsi, il semble que les risques viennent conforter la société de classes plutôt qu'ils ne l'abolissent », in Ulrich BECK, *La société du risque*, op. cit., p. 63

<sup>35</sup> Olivier BORRAZ, *Les politiques du risque*, op. cit., p. 17

des communautés nationales pour répondre aux impératifs tant de sécurité alimentaire que de sécurité sanitaire des aliments. Cette politique de réduction des risques potentiels pour la santé humaine peut encore s'apprécier à travers la lutte contre les affections iatrogènes tout comme les infections nosocomiales d'où l'accroissement des demandes sociales pour un contrôle sur la circulation des produits pharmaceutiques et la sécurisation des séjours en milieu hospitalier. Mais parfois la sécurité sanitaire est même consubstantielle aux décisions politiques qui tendent à la réaliser soit du fait de leur carence ou insuffisance, soit en raison de leur inadéquation dans des circonstances certes complexes mais bien précises.

Comment la prise en compte du principe de précaution <sup>36</sup> dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques du risque au Bénin permet aujourd'hui et pour l'avenir de répondre efficacement à l'attente sociale de sécurité sanitaire ? Le point focal de notre raisonnement portera donc sur la substance des politiques de [37] prévention ainsi que la justification du principe de précaution au Bénin <sup>37</sup> lequel n'échappe guère au flux actuel de la mondialisation à la fois des produits culturels et de leurs probables inconvénients de développement.

---

<sup>36</sup> Nous entendons ici « le principe de précaution » dans son acception révélée par **Olivier GODARD** dans : « L'ambivalence de la précaution et la transformation des rapports entre science et décision », in **Olivier GODARD**, (dir.), *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, Paris, MSH-INRA, 1997 op. cit., p. 37 : « *Ce qu'on appelle depuis peu le principe de précaution, affirme-t-il, peut être compris comme une nouvelle étape dans l'extension des normes sociales et juridiques qui visent à promouvoir la prévention des risques technologiques, sanitaires et environnementaux. Historiquement, l'organisation collective de la prévention est inséparable de la construction des États modernes comme États providence. Son développement s'est appuyé sur les possibilités croissantes de la technique, l'appréhension statistique des risques collectifs et la création d'institutions ad hoc. Son effet sur le lien social s'est toutefois révélé ambivalent. D'un côté, elle a scellé l'union des idées de maîtrise et de rationalité avec celle de solidarité. De l'autre, elle a transformé la représentation des dommages occasionnés lorsqu'en dépit des efforts consentis se réalisèrent certains des risques craints et d'autres moins attendus.* ».

<sup>37</sup> Selon **Daniel GRODOS**, le taux d'urbanisation du Bénin en 2004 est estimé à 40%. Voir **Daniel GRODOS**, *Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne : Enjeux, pratiques et politiques*, op. cit.

Une grande place doit être laissée à l'acceptation de la précaution dans cette étude comme une véritable morale de l'action publique.

## 2. Risque, santé publique et cadre théorique : une analyse de science politique

[Retour au sommaire](#)

Le principe de précaution face aux nombreuses incertitudes inhérentes à la probabilité des risques dans nos sociétés contemporaines, peut être rattaché à l'approche dite apocalyptique autrement dit l'approche catastrophiste. Une approche qui prône la responsabilité des actions humaines à l'égard de l'humanité actuelle et à venir afin d'assurer sur terre la possibilité d'une vie humaine pérenne. Elle fonde en tout point une véritable eschatologie à la fois individuelle – car anthropocentrique – et universelle dans une perspective cosmique. C'est notamment l'apport du principe jonassien de la responsabilité moderne qui recommande à « l'agir humain » de toujours prendre en compte ses probabilités apocalyptiques pour l'existence des hommes du présent comme du futur. Hans Jonas <sup>38</sup> énonce en ces termes son impératif de responsabilité moderne : « *Agis de façon que les effets de ton action soient compatibles avec la Permanence d'une vie authentiquement humaine sur terre* ».

Ce discours moraliste de fond en comble est assez récurrent dans les mobilisations médiatiques orchestrées par de nombreuses tendances écologistes assumant ainsi une mission de vigie pour la santé de notre planète et celle de ses habitants. Appliquée aux domaines de la santé et de l'environnement, cette approche postule par conséquent l'idée du risque ou du dommage zéro pour [38] l'homme et son avenir sur la planète bleue. C'est la variable extrême du catastrophisme qui perd par conséquent en efficacité lorsqu'il fonde le principe de précaution à l'occasion des décisions collectives aussi bien de prévention que de gestion des risques sanitaires.

---

<sup>38</sup> Hans JONAS, *Le principe responsabilité*, Champs Flammarion. Pour la traduction française : les Éditions du Cerf, 1990, p. 40

Mais les politiques de santé publique peuvent aussi avoir leur inspiration dans l'idéologie néo-libérale basée sur le principe de rationalisation dictée par les règles de l'économie du marché. Cette approche néo-libérale postule, en effet, une certaine marchandisation des décisions publiques dans une optique de rationalisation économique, une perspective de rentabilité qui repose sur des choix et des priorités rationnels. Le primat étant donné ici aux acteurs non étatiques. Sa finalité réside dans l'efficacité de l'économie en se débarrassant le plus possible des carcans de toute intervention étatiste. Maurice Lagueux<sup>39</sup> l'exprime autrement en ces termes : « *Le néolibéralisme serait une dénonciation de la corruption par le rationalisme néoclassique de cette vision toute pragmatique de l'économie.* ».

Appliquée au domaine de la santé dans un pays du Sud comme le Bénin qui pourtant n'échappe guère à la mondialisation de l'économie, l'approche néo-libérale de la santé est susceptible d'aggraver les inégalités<sup>40</sup> socio-économiques en privatisant davantage l'accès aux soins médicaux des masses populaires les moins favori-

---

<sup>39</sup> **Maurice LAGUEUX**, « Qu'est-ce que le néo-libéralisme ? », article inédit : Département de philosophie, Université de Montréal : *Les Cahiers virtuels*, janvier 2004 [en ligne], texte disponible dans « Les Classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », p. 25 [consulté le 07 décembre 2009]

<sup>40</sup> Dans son propos introductif à l'ouvrage collectif : *La santé au risque du marché. Incertitudes à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle*, dirigé avec **Mary-Josée BURNIER**, **Jean-Daniel RAINHORN** affirme qu' : « Il existe même de nombreuses preuves que, là où les principes néolibéraux ont été mis en œuvre ces dernières années dans le domaine social, on observe une stagnation, sinon une régression du niveau de santé des catégories sociales défavorisées. Le recul tragique de l'état de santé dans certains pays en transition en est le meilleur exemple. ». De même reconnaît-il, « Qu'elle ait été brutale comme en Russie ou dans les pays de l'ex-URSS ou plus lente comme dans les pays africains, qu'elle se soit accompagnée d'une croissance économique spectaculaire comme en Chine ou d'une régression économique comme en Europe de l'Est, l'introduction de l'économie de marché dans le secteur social et de la santé a partout été à l'origine d'une aggravation des inégalités de santé. Aucun pays n'y échappe, même les plus riches. ». Cf. **Jean-Daniel RAINHORN**, « Un avenir incertain », in **Jean-Daniel RAINHORN** et **Mary-Josée BURNIER**, (dir.), *La santé au risque du marché. Incertitudes à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle*, Presses Universitaires de France, 2001, pp. 15 et 17

sées. En effet, la sécurité sociale <sup>41</sup> qui se limite généralement ici à une [39] prise en charge hospitalière stricto sensu, ne couvre que les fonctionnaires et quelques agents contractuels de l'État. Ce constat est souligné à juste titre par Jean-Pierre Olivier de Sardan <sup>42</sup> lorsqu'il parle aussi de paradoxe entre le modèle occidental de sécurité sociale, basé sur une certaine socialisation des risques, et les systèmes de santé proposés en Afrique et qui paraissent aux antipodes mêmes des demandes villageoises d'assistance et d'hétéronomie.

L'approche néo-institutionnaliste postule pour sa part que le primat analytique et théorique doit être accordé à la revalorisation des institutions en l'occurrence, celle de la place de l'État ainsi que son impact sur l'action. Ainsi, le néo-institutionnalisme considère que le chercheur en science politique sera d'autant récompensé qu'il accordera aux institutions plutôt qu'aux acteurs, une primauté analytique non

---

<sup>41</sup> Cette situation est également constatée par Adrien Hounghédji lorsqu'il souligne dans son ouvrage : Il n'y a de richesse que d'hommes, que : « La protection sanitaire, en raison d'une Sécurité sociale restrictive, ne concerne que 15% des citoyens, notamment ceux qui cotisent au régime des fonctionnaires ou à la Caisse de sécurité sociale et bénéficient de ce fait d'une protection sanitaire instaurée par le législateur, à la charge soit de l'État, soit des employeurs. En conséquence, les besoins de santé des 85% de la population qui ne relèvent d'aucun système de protection sanitaire ne sont pas suffisamment couverts du fait d'une accessibilité limitée aux soins ou encore de la mauvaise répartition géographique des ressources humaines. », in **Adrien HOUNGHÉDJI**, *Il n'y a de richesse que d'hommes*, Éditions de l'Archipel, op. cit., p. 169

<sup>42</sup> « Les tentatives faites pour « responsabiliser » les populations rurales face aux problèmes de santé, pour assurer une sorte d'« auto-suffisance sanitaire » au niveau villageois, ne vont donc pas nécessairement dans le sens de la « demande » des intéressés, qui voudraient assez légitimement être « assistés »... Le paradoxe, c'est que le système de santé occidental s'est, pour sa part, largement bâti sur une socialisation des risques qui aboutit bel et bien à une « prise en charge » aux antipodes de cette stratégie de « responsabilisation ». Celle-ci semble donc réservée en fait à ceux qui sont exclus, en Afrique, de toute Sécurité Sociale (laquelle est pour l'essentiel réservée à la minorité urbaine des seuls salariés)... ». Cf. **Jean-Pierre Olivier de SARDAN**, « Sociétés et développement » pp. 28-37, in **Didier FASSIN** et **Yannick JAFFRÉ**, (dir.), *Sociétés, développement et santé*, Paris : Les Éditions Ellipses, 1990, Collection Médecine tropicale. [En ligne], disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », p. 18, [consulté le 15 décembre 2009]

pas que les acteurs comme leurs actions soient exclus de l'environnement institutionnel. Pour comprendre comment les institutions influencent le comportement des individus, les néo-institutionnalistes mettent en avant deux perspectives : « une perspective calculatrice et une perspective culturelle »<sup>43</sup>. La perspective calculatrice met un accent particulier sur le comportement plutôt stratégique des individus qui cherchent ainsi à maximiser leurs propres intérêts en profitant au mieux des informations générées par les institutions et privilégier en conséquence les moyens efficaces pour s'assurer un [40] résultat favorable. Mais selon la perspective culturelle, c'est la vision du monde de l'individu à travers le filtre culturel distillé par les institutions qui doit l'emporter et donc une perspective essentiellement cognitive sans conséquence du comportement stratégique des acteurs. Trois écoles du néo-institutionnalisme cohabitent : le néo-institutionnalisme historique, des choix rationnels et sociologique. L'institutionnalisme historique met l'accent sur la contingence du poids des institutions sur l'action, avec l'idée d'une juxtaposition des processus historiques séquentiels alors que l'institutionnalisme des choix rationnels s'attache à l'importance stratégique des institutions en insistant sur la nécessité de maximiser à la fois leur utilité et leur efficacité. D'après les institutionnalistes des choix rationnels, l'action politique doit également prendre en compte la gestion de l'incertitude, une dimension non négligeable de toute stratégie efficace. L'institutionnalisme sociologique qui découle de la théorie des organisations met en avant un certain isomorphisme institutionnel en considérant que les institutions ne sont que l'incarnation et le reflet des comportements sociaux habituels, des croyances culturelles et sociétales qui déterminent non seulement les représentations cognitives des acteurs mais aussi une reproduction des institutions compatibles avec leur forme préexistante. Malgré leurs différences, ces trois variantes du néo-institutionnalisme convergent sur un point essentiel à savoir la primauté théorique et analytique accordée aux

---

<sup>43</sup> **Peter A. HALL, Rosemary C. R. TAYLOR**, « La science politique et les trois néo-institutionnalismes ». In : *Revue française de science politique*, 47<sup>e</sup> année, n°3-4, 1997, pp. 469-496. (Traduit de l'Anglais par Jean-François Bailon). [En ligne] disponible sur Persée <http://www.persee.fr> [consulté le 12 janvier 2010]

institutions politiques. Sans acception de ces différences <sup>44</sup> plus ou moins assertoriques, notre analyse néo-institutionnaliste aura pour point focal la priorité accordée aux institutions publiques et politiques en charge de l'organisation autant de la prévention que de la gestion des problèmes de santé au Bénin. Ce choix se justifie par les nouvelles politiques publiques de réformes territoriales engagées par l'État béninois au début des années quatre-vingt-et-dix (90) afin de restaurer sa présence et son engagement dans la gestion des affaires collectives. Il s'agira de comprendre comment de nos jours la planification des programmes de prévention et des soins de santé par les [41] pouvoirs publics au Bénin, peut permettre à l'État de satisfaire à son obligation de sécurité sanitaire. En somme, compte tenu de l'impossibilité d'une conscience individuelle sur la réalité et la teneur même de certains risques alors imperceptibles au commun des mortels, il appartient en conséquence à l'État de jouer ici son rôle en définissant ses modalités d'action publique en termes de gestion et de protection contre les risques qui menacent les populations. Christine Noiville <sup>45</sup> justifie quand à elle la nécessité de prise en charge des risques ou dangers potentiels par les organes de l'État au nom des impératifs mêmes de l'intérêt général dont les composantes, d'après la tradition juridique, résident bien dans le triptyque sécurité, salubrité et tranquillité. Ainsi, pour reprendre Christine Noiville, dans notre société du risque, ce n'est pas à l'individu de pourvoir efficacement à sa sécurité qui a partie liée avec celle de la collectivité, mais à l'État et à ses composantes administratives. Aussi, la substance de cette prise en charge des menaces sanitaires par les organes de l'État doit-elle procéder d'une véritable régulation qui passe par la mise à l'agenda des politiques publiques. Cette mise à l'agenda correspond essentiellement à trois étapes

---

<sup>44</sup> Pour **Peter HALL** et **Rosemary TAYLOR** malgré les différences affichées par ces trois courants d'idée : « Si on assouplit les postulats extrêmes des théories propres à chaque école, on peut dégager un terrain théorique commun, à partir duquel les intuitions de chacune de ces approches pourraient être utilisées pour compléter ou renforcer celles des autres. ». In **Peter HALL, Rosemary TAYLOR**, « La science politique et les trois néo-institutionnalismes », op. cit., pp. 492-493 et passim.

<sup>45</sup> **Christine NOIVILLE**, *Du bon gouvernement des risques*, Paris : PUF 2003, pp. 23 et 25

du processus décisionnel décrites par Vincent Lemieux <sup>46</sup> citant entre autres « *Edwards et Sharkansky, 1981 ; Brewer et de Léon, 1983 ; Jones, 1984* » à savoir : d'abord, l'émergence d'un problème public qui touche la collectivité, ensuite, la formulation des solutions envisageables à travers des politiques publiques, et enfin leur mise en œuvre. Un problème social peut être défini comme une situation nouvelle dont l'irruption dans une collectivité humaine, bouleverse les normes de conduite habituellement admises et impose par conséquent l'adoption de mesures correctives. Pour Michel Setbon : « *Le problème représente la variable figurant le point de départ et le centre du processus. Il détermine la participation des différents acteurs, sert de référence à leur contribution au processus et représente les enjeux potentiels. Si les conditions de son émergence varient, ainsi que les enjeux qui l'entourent, il possède une caractéristique commune : il fait peser une [42] menace, sous forme d'effets adverses, sur des populations plus ou moins larges et relativement démunies face à elle.* » <sup>47</sup>.

À ce titre, les divers problèmes de santé au Bénin, qu'ils soient induits des nombreuses habitudes de vie ou des comportements à risque comme par exemple l'insécurité routière, posent véritablement un problème de régulation. Henri Dorvil et Robert Mayer <sup>48</sup> soutiennent que : « *La majorité des auteurs révèlent quatre conditions d'existence d'un problème social, qui ne sont d'ailleurs pas mutuellement exclusives, ce sont : 1- la constatation d'une situation-problème ; 2- l'élaboration d'un jugement à son endroit ; 3- la volonté et le sentiment de*

<sup>46</sup> **Vincent LEMIEUX**, « Les politiques publiques et les alliances d'acteurs », in **Vincent LEMIEUX, Pierre BERGERON, Clermont BEGIN, et Gérard BELANGER**, (dir.), *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, [en ligne] cf. « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) » p. 8 op. cit.

<sup>47</sup> **Michel SETBON**, *Risques, sécurité sanitaire et processus de décision*, Collection Médecine des risques, op. cit. p. 143

<sup>48</sup> **Henri DORVIL et Robert MAYER**, « Introduction. Problèmes sociaux : définitions et dimensions », in **Henri DORVIL et Robert MAYER**, (dir.), *Problèmes sociaux. Tome I. Théories et méthodologies. Introduction : Problèmes sociaux : définitions et dimensions*, pp. 1-13. Québec : Les Presses de l'Université du Québec, 2001, Collection : Problèmes sociaux et interventions sociales, [en ligne], disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », p. 15, [consulté le 10 décembre 2009]

*pouvoir transformer cette situation et, finalement, 4- la mise en œuvre d'un programme d'intervention qui peut être de nature diverse, c'est-à-dire comprendre une action sociale, une action législative ou une action institutionnelle. ».*

Pour qu'il y ait formulation d'une politique publique, il faut que les décisions ou solutions envisagées soient en toute hypothèse adoptées par l'autorité régulatrice compétente en la matière. La mise en œuvre des politiques ainsi définies suppose quant à elle que les mesures adoptées sont, en effet, appliquées à la situation déviante afin de la réguler. Dans ce contexte de l'élaboration des politiques publiques, Vincent Lemieux qui reprend à son compte les analyses de Kingdon (1984), souligne à bon escient l'importance de deux des courants théoriques formulés par ce dernier, au stade de l'émergence des politiques publiques. En effet, sur les trois courants parfaitement distingués par Kingdon, Vincent Lemieux préfère le couplage du courant politique et celui des problèmes en relativisant ainsi au stade de l'émergence, l'importance du courant des options de solutions à ces problèmes. Si le courant politique se réfère aux entrepreneurs politiques ainsi qu'à leur arsenal idéologique, le courant des problèmes correspond à une situation de crise, nécessitant alors une mise à l'agenda. Cette situation de crise intervient suffisamment comme catalyseur pour imposer l'adoption de mesures de régulation [43] appropriées et c'est donc à juste titre que Vincent Lemieux reconnaît au stade de la formulation des politiques publiques la nécessité du courant des options de solutions couplé avec le courant politique. En revanche, au stade de la mise en œuvre, Lemieux soutient que seuls l'emportent le courant des problèmes et celui des solutions. L'importance du courant politique dans ce dernier cas, n'étant seulement acquise que dans les situations où l'accent est davantage mis sur une certaine « *politisation* » de la mise en œuvre des politiques publiques. Notre démarche consiste ici à nous demander comment l'État poursuit et met en œuvre ses actions ou programmes de santé publique afin de satisfaire à ses objectifs de sécurité sanitaire à travers la gestion des risques ou menaces pour la santé des populations. Cette perspective nous conduira à faire dans cette étude une analyse sociologique pratique – en quelque sorte de l'ethnométhodologie – en soumettant à l'observation et à l'analyse empirique les différents phénomènes sociaux qui forment la trame du quotidien ordinaire des populations concernées. Au rang de

ces phénomènes observables, nous rangeons naturellement tous les problèmes sociaux qui ont trait directement ou par ricochet à la santé des populations, aux comportements à risque, ainsi qu'à l'implication des divers acteurs institutionnels et non-conventionnels dans les sphères labyrinthiques de la santé publique au Bénin. Ainsi, dans cette étude, un rôle de premier plan est à accorder non seulement aux acteurs individuels mais encore aux acteurs institutionnels tels que les institutions sanitaires : les hôpitaux publics et tous les autres centres de santé privés. Dans ce contexte où un accent particulier sera mis sur les différentes pratiques des professionnels de santé comme des individus, nous adoptons ici cette définition formulée par André Turmel <sup>49</sup> : « *Les institutions sont en quelque sorte des descriptions de la réalité, des explications de ce qui est ou n'est pas, de ce qui peut être ou ne peut pas être. Elles sont des récits d'ordre culturel sous l'autorité desquels l'activité sociale émerge et les différentes entités ou groupes sociaux entretiennent des rapports vivants de production et d'échange entre elles. Le concept d'institution en tant qu'ensemble de dispositions et d'aménagements [44] culturellement et socialement construits autour d'une activité sociale renvoie à des règles culturelles et des savoirs pratiques.* ».

Cette revalorisation du concept d'institution dans tous les domaines des politiques publiques, est également exemplifiée à bon escient à travers l'approche keynésienne défendue par Diane-Gabrielle Tremblay <sup>50</sup> lorsqu'elle souscrit à l'idée que : « *L'État minimaliste ne peut que nous conduire au gouffre !* », en affirmant ainsi la nécessité des institutions pour finalement, dit-elle : « *Que se dégage un certain ordre social, malgré l'existence de conflits d'intérêts.* ». Masahiko Ao-

---

<sup>49</sup> **André TURMEL**, « Le retour du concept d'institution (1997) » pp. 1-24, (dir.), **André TURMEL**, *Culture, institution et savoir. Culture française d'Amérique*, Québec : Les Presses de l'Université Laval, 1997, [en ligne], disponible in « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) » p. 22 [consulté le 10 décembre 2009]

<sup>50</sup> **Diane-Gabrielle TREMBLAY**, « L'apport des théories institutionnalistes au renouvellement de l'approche d'économie politique », in revue *Interventions économiques*, n° 28 - Janvier 2002, [en ligne], disponible in « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) » pp. 10/13 [consulté le 10 décembre 2009]

ki <sup>51</sup> voit pour sa part à travers une institution, un ensemble systémique dans lequel les interactions entre les différents acteurs mettent en avant leurs croyances communes sur la régulation du système et sur son équilibre. Aussi, considère-t-il, de manière générale il faut entendre par institution : « *Un système auto-entretenu de croyances partagées sur la manière dont le jeu est joué. Sa substance est une représentation synthétique des propriétés saillantes et invariantes d'un sentier d'équilibre particulier, que presque tous les agents du domaine considèrent comme important du point de vue de leurs choix stratégiques individuels et qui est à son tour reproduit par leurs choix effectifs dans un environnement en continuelle évolution.* ».

L'ordre social qu'il s'agit ici d'observer et d'analyser a essentiellement pour trame, la santé publique, la sécurité publique dans tous ses états. Un ordre social sans cesse en construction avec notamment l'apport des mass medias. Ces derniers avec l'appui des pouvoirs publics multiplient les occasions de faire partout la prévention en pourfendant chaque fois les comportements sanitaires irresponsables de l'individu, malgré les prescriptions et proscriptions en matière de conduite à risque. Autant dire, la santé publique, le healthism d'après son terme équivalent en anglais, est en train de jouer ici un rôle moralisateur de la vie publique et individuelle. Un rôle de pesanteur morale pour sensibiliser l'individu face aux [45] comportements qui présentent des risques sanitaires aussi bien pour lui que pour autrui. La santé publique, dans cet ordre social qu'elle cherche à contrôler, s'attaque donc en priorité à la culpabilisation de l'individu pour reprendre ici les analyses de Raymond Massé<sup>52</sup> selon lequel : la santé publique par le biais de cette culpabilisation de la victime : « *Transfère les prescriptions de contrôle des comportements et habitudes de vie à l'indivi-*

---

<sup>51</sup> **Masahiko AOKI**, *Fondement d'une analyse institutionnelle comparée*, Éditions Albin Michel, 2006, traduction française, et Éditions originale américaine : Massachusetts Institute of Technology, 2001, p. 237

<sup>52</sup> **Raymond MASSÉ**, « La santé publique comme projet politique et projet individuel. », in **Bernard HOURS**, (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*. Chapitre 2, pp. 41-66. Paris : Les Éditions Karthala, 2001, Collection : Médecines du monde, [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) » pp. 14 et 21 [consulté le 14 décembre 2009]

*du qui s'auto-discipline et, parfois, devient un relais de l'autorité en tentant de discipliner les membres de son entourage. ».*

Pour servir d'exemples, l'alcoolisme et le tabagisme sont aujourd'hui identifiés comme des risques réels aux effets non seulement individuels mais aussi collectifs du fait de leurs répercussions graves sur la santé de soi et d'autrui. De fait, la mise en cause de l'alcool et du tabac dans les campagnes de santé publique comme facteurs de morbidité et de mortalité prématurée a tôt fait de justifier dans les grands États comme la France ou le Canada, des mesures de restriction autant pour leur mise en vente que leur délectation publique. Mais fait remarquable ici, c'est que la culpabilisation tant instillée par ces mesures de santé publique, vise les seuls consommateurs de ces produits reconnus nocifs pour la santé de soi et pour autrui, et non leurs fabricants, et non les fournisseurs, et non leurs distributeurs. Bien sûr, au comportement à risque du fait de la consommation du tabac ou de l'alcool correspond assurément une certaine quête d'ataraxie pour le consommateur et son combat contre la désafférentation et la routine du quotidien : l'alcool – c'est un fait – favorise des moments de convivialité et la cigarette occasionne des échanges puis l'ouverture à l'autre, donc un désir d'altérité. Bien sûr, l'alcool est souvent impliqué dans les nombreux drames familiaux parmi lesquels certains accidents de circulation aux effets contondants et parfois irréversibles. Bien sûr, le tabac s'apparente à un poison insidieux responsable d'emphysème pulmonaire et tant d'autres maux pour le fumeur et pour son entourage exposé. Pourtant, en ne s'attaquant pas directement aux grandes firmes responsables de la commercialisation de ces produits, les pouvoirs publics ne [46] renvoient-ils pas l'impression que le risque si décrié en l'occurrence n'est pas tant l'usage sans modération de l'alcool ou des bouffées quotidiennes de tabac mais simplement le désir vif du fumeur de rompre avec son quotidien routinier, l'envie pour le buveur de s'évader un peu, de savourer quelques voluptés, de vivre des sensations de bonheur ataraxique. C'est le plaisir et non le produit qui le procure qui est donc risque. Ainsi, serait coupable celui qui succombe à la tentation. Ainsi, serait coupable celui qui s'y abandonne même par simple assuétude. Mais la culpabilisation du destinataire final de ces produits réputés nuisibles pour la santé, ne dénote-t-elle pas finalement un certain malaise des États, un certain conflit entre des intérêts pédagogiques voire politiques de santé publi-

que, et des retombées économiques inhérentes à l'activité de commercialisation de ces produits alors tant bien que mal récriminés ? Philippe Lecorps et Jean-Bernard Paturet font remarquer à leur tour que : « *Les grands industriels du tabac ont un comportement totalement cynique vis-à-vis des consommateurs et s'opposent à toute législation internationale pour pouvoir mieux tirer profit des incohérences des politiques nationales. Ils peuvent ainsi envahir les marchés du tiers-monde avec des produits fortement dosés en nicotine et en goudrons refusés à la consommation aux États-Unis ou en Europe. Les États ont à s'interroger sur leur responsabilité politique. Comment d'ailleurs accepter que l'État tire profit d'un produit considéré comme un danger pour ses propres citoyens ?* » <sup>53</sup>.

Dans tous les cas, la santé publique s'impose comme un modèle de valeurs partagées en appelant au bon sens de chacun non seulement dans son intérêt mais encore dans l'intérêt de toute la communauté. Sa substance réside dans un précepte moral que chaque individu devra s'approprier en ces termes : ta santé n'est plus seulement ton bien exclusif. Elle appartient également à ta communauté qui devant ton incurie pourrait payer le prix fort pour l'équilibre social. Pour Raymond Massé : « *La santé publique n'est pas qu'une institution ou un système de gestion de la prévention ; elle est aussi un système de croyances, de valeurs qui définissent [47] une nouvelle moralité. Mais la santé publique est culture aussi, dans un sens plus profond, en tant que forme symbolique de l'ordre social.* » <sup>54</sup>.

Cet ordre social se focalise sur la redistribution d'un bien commun : la santé communautaire dont le maintien dépend du concours et de l'implication positive de tous. La santé, pour ainsi dire, est une richesse délicate dans l'interdépendance sociale des uns avec les autres. Ses détériorations suffisent pour caractériser un certain désordre social. Un tel niveau d'anomie que seules les politiques publiques <sup>55</sup> en

<sup>53</sup> **Philippe LECORPS, Jean-Bernard PATURET**, *Santé publique du biopouvoir à la démocratie*, op. cit., p. 86

<sup>54</sup> **Raymond MASSÉ**, « La santé publique comme projet politique et projet individuel. », in **Bernard HOURS**, (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, op. cit., Ibidem.

<sup>55</sup> Pour sa part, **Carole CLAVIER** estimait déjà que : « Si la santé publique n'est pas un biopouvoir au sens où toutes ses ambitions ne se concrétisent pas, force est de constater qu'elle est un puissant argument mobilisé pour légitimer

matière de santé peuvent rasséréner. Ainsi, c'est à bon droit que Jacques Dufresne <sup>56</sup> soutient, en reprenant Hubert Saget, que : « *La santé, c'est la victoire sur l'entropie. C'est la résistance aux forces de dispersion, aux accidents, aux hasards et aux nécessités du milieu extérieur.* ».

Pour mieux cerner les raisons saines qui font de la santé la colonne vertébrale de tout équilibre social, il suffit amplement d'une illustration avec les analyses étymologiques proposées par Didier Fassin <sup>57</sup> à partir des termes *salus*, *sanitas* et *salubritas* en Latin. Ainsi, la santé, affirme-t-il, le : « *Salus, exprime le bon état physique et moral, mais aussi le salut entendu comme conservation de ses biens et de ses droits ; sanitas, indique aussi le bon état du corps et de l'esprit, mais peut signifier la raison, le bon sens, le bon goût ; salubritas, ajoute à la notion de bon état de santé, l'idée des moyens pour en assurer le maintien.* ».

[48]

La santé est, de ce fait, considérée comme un objet de grande préoccupation sociétale. Elle est, tout comme le souligne Alain Garri-

---

nombre d'interventions publiques et asseoir l'autorité de l'État. ». Cf. **Carole CLAVIER**, « La santé publique, un enjeu politique local ? La politisation de la santé publique en France et au Danemark », in Congrès AFSP 2009, Section thématique 22. Les formes contemporaines de la biopolitique : États, connaissances biomédicales et politiques publiques comparées (Axe 1), pp. 2-3, en ligne, consulté le 22 février 2012.

<sup>56</sup> **Jacques DUFRESNE**, « La santé », in **Jacques DUFRESNE, Fernand DUMONT, et Yves MARTIN**, (dir.), *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie*. Chapitre 49, pp. 985-1013. Québec : Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC) et les Presses universitaires de Lyon (PUL), 1985, [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) » p. 19 [consulté le 10 janvier 2010]

<sup>57</sup> **Didier FASSIN**, « Entre politiques de la vie et politiques du vivant. Pour une anthropologie de la santé », in la revue *Anthropologie et Sociétés*, 24, 1, 2000, pp. 95-116. Québec : département d'anthropologie, Université Laval, [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) » p. 15 [consulté le 14 janvier 2010]. Voir également **Didier FASSIN**, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, op. cit., p. 32

gou <sup>58</sup> : « *Une affaire de normes non seulement sanitaires mais aussi sociales, légales et morales. Celles-ci s'imposent inégalement, se contrarient parfois, se combinent souvent.* ».

C'est donc à juste titre qu'elle intéresse les sciences sociales et ne peut plus être le pré-carré de la biomédecine et de l'épidémiologie. Elle devient ce que Jean Benoist <sup>59</sup> relève comme assignations communes de la médecine et des sciences sociales à savoir : « *S'interroger sur le système de santé, ses acteurs, ses carences, ses inégalités ; comprendre la représentation de la maladie, identifier les stratégies populaires de soin qui usent de diverses ressources ; savoir faire la part de la demande religieuse que suscite tout épisode devenu trop angoissant, trop menaçant. Ce vaste ensemble de question est le territoire commun que médecins et spécialistes des sciences sociales doivent explorer ensemble.* ».

En effet, les problématiques de santé sont avant tout des questions d'ordre social. Elles ne naissent pas seulement de ces demandes individuelles des patients souvent occasionnels, parfois valétudinaires. Elles font aussi partie des préoccupations collectives et journalières d'individus a priori sains, autrement dit de l'homme non malade. La santé est ainsi au cœur de la société tout entière. Elle lui fournit les clés de sa permanence. Elle se confond simplement avec la vie et détermine toute organisation sociale. C'est pourquoi les solutions à tout problème de santé ne doivent plus relever exclusivement des thérapeutiques d'usage et des savoirs de la biomédecine mais encore du champ de connaissances des sciences sociales qui offrent pour ainsi dire une étude holistique de l'homme et de son environnement.

---

<sup>58</sup> **Alain GARRIGOU**, (dir.) *La santé dans tous ses états*, Biarritz : atlantica, 2000, p. 14

<sup>59</sup> **Jean BENOIST**, « La Médecine entre techniques, société et culture : pourquoi des sciences sociales de la santé », in **Abdessamad DIALMY**, (dir.), *Sciences sociales et santé au Maroc*. Colloque organisé par la Faculté des Lettres et Sciences humaines Dhar el Mahrez de Fès et AMADES [Association d'Anthropologie Médicale Appliquée au Développement et à la Santé], 2-3 décembre 1999. Fès, Maroc, [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) » p. 16 [consulté le 14 janvier 2010]

Dans un État où les catastrophes environnementales de tout genre, les maladies <sup>60</sup>, l'espérance de vie constamment en baisse, reçoivent avant tout une explication [49] sociale bien diffuse, empreinte des croyances de toutes sortes, de conjurations et de superstitions, aucune étude scientifique n'a encore cherché à déterminer le rôle que l'État peut être amené à jouer pour prévenir ces calamités tout en sensibilisant les individus sur les comportements à tenir avant, pendant et après la survenance d'un danger menaçant la santé.

Pour reprendre l'exemple du district sanitaire <sup>61</sup> en Afrique subsaharienne – étudié par Daniel Grodos – on constate que cette structure sanitaire décentralisée impulsée par les instances de l'OMS dans les années quatre-vingts, continue encore d'être défendue dans les politiques publiques sans avoir véritablement fait la preuve de son efficacité. Pourtant, des études de terrain, à la suite de Daniel Grodos en 2004, ont mis en évidence au Bénin comme ailleurs, la quasi-absence de l'acteur étatique dans l'échelon communal. Une telle situation marquée par l'absence d'une instance supérieure de contrôle de l'ordre social accroît inévitablement un état d'insécurité que la littérature de science politique relative aux pays d'Afrique au Sud du Sahara, doit s'efforcer de relater et d'analyser. Le cadre de cette analyse sociopolitique peut s'inspirer en toute hypothèse des politiques publiques en matière de santé. En effet, les problèmes soulevés par la santé au niveau des collectivités humaines interpellent les décisions politi-

---

<sup>60</sup> Il est à noter ici que les intoxications alimentaires légion au Bénin n'ont jamais pu faire l'objet d'une étude minutieuse pour en comprendre les causes dont la responsabilité est si souvent attribuée à une force mystique sans autre forme de procès. Il en va de même des ravages pernicieux du paludisme bien que la situation géographique du Bénin en zone impaludée ne soit plus méconnue.

<sup>61</sup> **Daniel GRODOS** reprend à son compte la définition suivante du district sanitaire proposée par des auteurs : le district sanitaire est : « *Comme l'unité fonctionnelle de décentralisation de l'organisation sanitaire pour une population bien définie. Sa taille optimale et sa complexité dans une situation donnée sont le résultat de deux exigences opposées : il doit être suffisamment grand pour permettre une certaine concentration des ressources humaines et techniques ; mais il doit également être assez petit pour avoir la possibilité d'établir une communication avec la population et une participation des communautés.* ». In **Daniel GRODOS**, *Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne : Enjeux, pratiques et politiques*, op. cit., p. 37

ques et reçoivent de ce fait, une qualification éminemment politique. Ils relèvent – pour l’exprimer tout uniment – des politiques publiques dans ce domaine de la santé. C’est le sens de l’affirmation commune de Philippe Lecorps et Jean-Bernard Paturet <sup>62</sup> considérant que : « *La santé des populations ne peut se penser en dehors du politique.* ».

[50]

Une politique de santé publique suppose un ensemble de choix stratégiques opérés par les pouvoirs publics pour définir leurs champs d’intervention, les objectifs généraux qu’ils vont atteindre ainsi que les moyens qui, à cette fin, seront mis en œuvre. Ainsi, Raymond Massé <sup>63</sup> a raison de considérer que la santé publique est une politique publique permettant de déterminer : « *La nature, la portée, le financement et la gestion des interventions de prévention de la maladie et de promotion de la santé.* ». Entendue dans cette assertion, les politiques de santé publique correspondent au terme anglais « Politics », et il s’agit précisément ici pour les pouvoirs publics de créer les conditions suffisantes et nécessaires pour améliorer l’état de santé d’une population. Dans cette perspective, la santé publique peut légitimement trouver son droit de cité comme objet d’étude des sciences sociales et plus particulièrement de la science politique. Ainsi, la santé publique n’est pas seulement l’apanage de la médecine et de l’épidémiologie. En tant que vecteur de l’information des populations et des modalités d’action publique pour venir à bout des problèmes de santé –, lesquels doivent être considérés comme des phénomènes sociaux à part entière – la santé publique a aussi besoin des apports méthodologiques et heuristiques de la science politique. En effet, avant d’être une étude sur les conditions qui sous-tendent la santé d’une population en relation avec son environnement naturel, la santé publique est d’abord l’une des modalités de l’action publique définie par les gouvernants. Tout comme le soutient William Dab : « *La santé publique n’est pas seulement une affaire d’individus, et ce n’est pas non plus l’ensemble des activités médicales, qu’il s’agisse de prise en*

<sup>62</sup> **Philippe LECORPS, Jean-Bernard PATURET**, *Santé publique du biopouvoir à la démocratie*, op. cit., p. 20.

<sup>63</sup> **Raymond MASSÉ**, « La santé publique comme projet politique et projet individuel. », in **Bernard HOURS**, (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l’anthropologie*, [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », op. cit., p. 6.

*charge, de soins, de diagnostics, de thérapeutiques – autant d'activités qui, pour essentielles qu'elles soient, ne suffisent pas à satisfaire l'ensemble des besoins de santé. La santé publique, c'est l'étude et la résolution des problèmes de santé analysés au niveau populationnel.* »<sup>64</sup>.

L'exemple le plus emblématique avancé par William Dab dans ce domaine de santé publique, est l'accès des populations à l'eau potable, condition sine qua non [51] d'une bonne santé et du bien-être social. Or, il ne s'agit pas là, reconnaît-il, d'une condition à laquelle le médecin peut authentiquement satisfaire. La pénurie en eau potable est avant tout une pathologie sociale de paupérisation galopante dont le diagnostic ainsi que la gestion prophylactique ne sauraient plus relever du seul champ compétenciel de la médecine. Cette action interpelle plutôt les politiques publiques. Elle relève de la santé publique. Elle soulève un problème à dimension sociétale qui légitime par conséquent une analyse sociopolitique pouvant mettre en exergue les déterminants sociaux d'une action publique de création des conditions favorables à l'accessibilité des populations à l'eau potable. Cette étude de santé publique au niveau populationnel peut donc légitimement avoir pour archétype une approche de science politique qui mérite davantage son nom de science-carrefour des sciences sociales et humaines. Pour justifier cette revendication des sciences sociales à prendre position dans ce domaine de la santé publique, Marcel Calvez<sup>65</sup> souligne à juste titre qu'en parlant du même objet que l'épidémiologie : « *Une définition du risque centrée sur l'individu permet aux sciences sociales de revendiquer une place dans les politiques de santé publique. La transversalité du risque est ainsi un enjeu stratégique dans une perspective de sciences sociales appliquées à la santé publique.* ».

Dans cette même perspective, Didier Fassin<sup>66</sup> soutient pour sa part que : « *Le domaine de la santé publique s'étend. Il ne correspond*

<sup>64</sup> Réponse de **William DAB** à **Patrick LAGADEC**, in **Xavier GUILHOU** et **Patrick LAGADEC**, *La fin du risque zéro*, op. cit., p. 255

<sup>65</sup> **Marcel CALVEZ**, *La prévention du Sida. Les sciences sociales et la définition des risques*, Collection « Des Sociétés » Presses Universitaires de Rennes PUR, 2004, p. 185

<sup>66</sup> **Didier FASSIN**, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, op. cit., p. 256

*plus seulement aux moments de crise épidémique, mais devient une préoccupation quotidienne. Il n'est plus uniquement réservé à une élite politique ou médicale, mais s'impose comme une activité civique.* ». Ainsi, la santé publique ou la santé tout court, est une question omniprésente qui interpelle l'action de tous.

Enfin – et c'est ici toute l'historicité de cette étude –, les mesures de santé publique ne datent pas simplement des premières propagandes de l'OMS en la matière. La santé a toujours été au centre des préoccupations de toutes les sociétés ; et de tous les temps, elle a mobilisé l'action collective. La santé publique [52] est, pour ainsi dire, dans le pacte social défendu par Jean-Jacques Rousseau <sup>67</sup>, dans la mesure où, en invitant les hommes à renoncer à une partie de leur vie dans l'état de nature c'est-à-dire à se déposséder de leurs intérêts égoïstes au profit de l'intérêt général, le contrat social fonde en conséquence, les conditions nécessaires pour instaurer la paix sociale, pour établir un ordre social, pour permettre à tous de jouir d'une santé florissante dans l'état de société. La sécurité qui accompagne l'état de société n'est donc pas que civile ou matérielle. Elle est aussi sanitaire. En effet, la vie en société impose également, au nom de l'intérêt général, que soit organisé et observé un certain nombre de règles en termes d'hygiène ou de salubrité publique. Toutes les sociétés, toutes les collectivités humaines, à toutes les époques de l'histoire, ont su s'approprier à leur façon, ces modalités du contrat social, fondateur par ailleurs de l'État. À titre d'exemples, sont à relever, les pratiques courantes de prévention en termes d'isolement ou de confinement imposé à certains individus en cas de suspicions de maladies contagieuses afin de préserver l'ordre social sanitaire, autant dire l'intérêt général d'une communauté. La santé publique est donc complètement servie dans les mesures qui prennent en compte l'intérêt général de la

---

<sup>67</sup> Dans sa substance, le pacte social décrit par **Jean-Jacques ROUSSEAU** prend sa naissance dans l'expression de la volonté générale comme il l'écrit lui-même : « *Chacun de nous met en commun sa personne et toute sa puissance sous la suprême direction de la volonté générale ; et nous recevons encore chaque membre comme partie indivisible du tout.* ». Cf. **Jean-Jacques ROUSSEAU** (1762), *DU CONTRAT SOCIAL ou Principes du droit politique*. Chapitre 1. 6 : Du pacte social. Une édition produite à partir du texte publié en 1762, [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », p. 12 [consulté le 26 janvier 2010]

communauté. Elle est devenue aujourd'hui une modalité de l'administration du service public. Aussi, la modernisation voire l'institutionnalisation des services publics de l'État en charge de l'intérêt général, s'accompagnent-elles également d'une institutionnalisation de la santé publique. Cette institutionnalisation de la santé publique en France par exemple, pour reprendre Didier Fassin<sup>68</sup>, avait dès le départ pris la forme d'un « Conseil de Salubrité de la Seine ». Il s'agit là d'une structure administrative qui date des années mille huit cent deux (1802) et dont le rôle consistait essentiellement à prévenir les épidémies et assainir le milieu. De manière générale, en Afrique subsaharienne, l'organisation puis la prise en charge de l'hygiène collective par les [53] instances publiques, remontent à l'époque de l'État colonial. En effet, le pouvoir colonial fut pour ainsi dire à l'origine de l'introduction d'une médecine préventive et pasteurienne contre les endémies tropicales – infectieuses ou non – dont les nombreuses nosographies dressées par l'administration coloniale ont permis de maîtriser, de contrôler voire d'éradiquer certaines pathologies nosologiques des pays chauds : ainsi l'exemple de la trypanosomiase, notamment l'espèce connue sous le nom de maladie du sommeil, dont l'agent pathogène a pour vecteur la mouche tsé-tsé du genre glossine ; la poliomyélite aux conséquences paraplégiques irréversibles pour l'enfant ; l'onchocercose avec son cortège de patients frappés de cécité ; le paludisme à *Plasmodium malariae* et *Plasmodium falciparum*, dont le vecteur, le moustique anophèle femelle est favorisé par l'existence dans les régions tropicales de zones lagunaires et des eaux saumâtres ; l'échinococcose alvéolaire avec ses conséquences sévères pour le tissu hépatique et dont l'agent pathogène, le ténia échinocoque a pour vecteur certains mammifères carnivores dont les déjections peuvent contaminer certains fruits ramassés sur des sols ainsi infestés par des œufs à l'origine de cette parasitose ; la syphilis et le pian provoqués par un agent bactérien de type tréponème ; et pour l'ensemble des pays du tiers monde le syndrome de Kwashiorkor observé sur des enfants extrêmement malnutris. Tout comme la poliomyélite, l'infestation par le ténia échinocoque est souvent attribuée à une hygiène alimentaire plutôt dérisoire ce qui justifia les nombreuses opérations de propagandes sanitaires essentiellement hygiénistes et vaccina-

---

<sup>68</sup> **Didier FASSIN**, L'espace politique de la santé. Essai de généalogie, op. cit., p. 243

les des années soixante-et-dix et quatre-vingts. Avec les indépendances, ces programmes de santé publique sont naturellement dévolus aux nouveaux États qui, de fait, ont poursuivi les mêmes efforts de rationalisation et d'institutionnalisation pour une gestion publique et biomédicale des problématiques sanitaires. De fait, certaines pratiques de la médecine traditionnelle – thérapeutes-guérisseurs, féticheurs-thérapeutes : traditions ancestrales –, furent plus ou moins reléguées comme vestiges des peuples anciens au profit d'une modernité médicale émergente dont la naissance fut concomitante avec l'apparition même de l'État en Afrique. Toutefois, cette relégation des coutumes ancestrales et de certains modes de vie par les instances publiques, n'a pas toujours rencontré l'adhésion des populations concernées par les politiques d'aseptisation communautaire et de direction [54] institutionnelle de leur cadre de vie. Ainsi au Bénin, sous le régime marxiste-léniniste de Mathieu Kérékou<sup>69</sup>, les irruptions innombrables dans les marchés communs et places publiques, des infirmiers flanqués des agents de force de l'ordre avec leur dispositif répressif, ont vite fait de nourrir en tout point les craintes et aversions des marchands et du peuple dans son ensemble, à l'égard d'un État jugé brutal et subversif au regard des traditions et coutumes ancestrales. Ces pratiques locales, y compris les rites religieux, étant considérés comme potentiellement rétrogrades par le pouvoir révolutionnaire de Kérékou. C'est ainsi, comme le rappelle Emmanuelle Kadya Tall<sup>70</sup> qu' : « *En 1976, une ordonnance établit une loi anti-féodale et anti-sorcellerie dont les objectifs sont les suivants : « La sape de la base économique de la féo-*

<sup>69</sup> Au lendemain de la décolonisation, les pays de l'Afrique subsaharienne comme le Bénin ont amorcé une expérience sans précédent à travers une volonté politique d'étatisation. Cette expérience d'étatisation des collectivités humaines dans l'exemple béninois, a connu des moments forts mais encore des périodes de turbulences politiques et sociales. Au premier rang des artisans politique de cette reconstruction sociale, **Mathieu KÉRÉKOU**, militaire et auteur d'un putsch au sommet de l'État, instaurant ainsi de 1972 à 1989 un régime politique révolutionnaire dont la substantifique moelle est le marxisme-léninisme. Après la transition démocratique de 1990, il fera pourtant son retour en politique avec deux mandats consécutifs de 1996 à 2006.

<sup>70</sup> **Emmanuelle Kadya TALL**, « De la démocratie et des cultes voduns au Bénin » In : Cahiers d'études africaines. Vol. 35 N° 137, La démocratie déclinée. pp. 195-208. 1995, p. 4 [en ligne] disponible sur Persée, <http://www.persee.fr>, [consulté le 10 avril 2010]

*dalité ; la sape des fondements idéologiques de la féodalité ; la sape de la culture féodale ; la lutte contre la sorcellerie. ».*

Néanmoins, ces politiques de contrôle de l'ordre social et de santé publique n'ont pas donné les résultats tant escomptés et furent dans une certaine mesure, contre-productives. Les différentes campagnes de sensibilisation sont de fait mal perçues par les populations associant par exemple aux programmes de salubrité urbaines, de lutte contre les érosions et les excavations des voies carrossables, ou encore de vaccination, un subterfuge politique toujours pour mieux les contrôler et les opprimer. Ainsi le modèle sanitaire et hospitalier n'avait pas d'emblée convaincu les populations africaines comme l'ont constaté à bon escient Wim Van Lerberghe et Vincent de Brouwere <sup>71</sup> affirmant que les soins médicaux en Afrique, dès leur transposition : *« Sont associés à une institution et non pas à l'image du soignant [55] individuel, et, qui plus est, à une institution qui est associée au pouvoir. C'est vrai surtout pour l'hôpital, le symbole par excellence de « l'État sorcier », mais également pour les dispensaires missionnaires ou privés. Les activités d'hygiène du milieu des administrations urbaines sont encore plus loin de la vie quotidienne des gens, et tout à fait perçues comme liées au pouvoir militaire et/ou administratif. ».*

Malgré ces échecs – aggravés par un contexte économique plutôt morose – la relève assumée par les institutions internationales telle que l'OMS vont dans le sens toujours d'une recherche d'efficacité concernant la gestion des problématiques de santé publique dans l'arène politique du pouvoir étatique. Ainsi, la promotion des Soins de Santé Primaires (SSP), issue de la Conférence d'Alma-Ata de 1978 est la preuve d'une volonté politique de l'OMS de renforcer le rôle joué par l'appareil de l'État dans l'organisation des soins de santé publique en impliquant davantage les participations populaires ou communautaires.

---

<sup>71</sup> **Wim Van LERBERGHE** et **Vincent de BROUWERE**, « État de santé et santé de l'État en Afrique subsaharienne » in **Marc-Éric GRUÉNAIS** et **Roland POURTIER**, (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, pp. 175-190. Afrique contemporaine, Numéro spécial, Trimestriel N° 195 Juillet-septembre 2000, La documentation Française, p. 180

Ce changement dans la dispensation des soins de santé à travers la ruralisation des SSP milite de fait pour l'institutionnalisation de la santé publique en favorisant la compréhension des populations bénéficiaires des services publics de la santé. Mais l'inefficacité des SSP avait conduit les États en 1987 sous la bannière de l'OMS à l'adoption de l'Initiative de Bamako relative à l'autofinancement local des soins de santé, à leur gratuité pour la mère et l'enfant et pour les plus vulnérables, à l'approvisionnement en médicaments essentiels auto-entretenu par une certaine participation des populations concernées. Ainsi, pour reprendre les affirmations de Wim Van Lerberghe et Vincent de Brouwere : « *Cela résoudrait le problème des coûts récurrents et celui de la sous-utilisation des services, tout en évitant les dégâts d'une privatisation sauvage.* » <sup>72</sup>.

Aujourd'hui encore, et dans tout pays, la santé publique –, ne serait-ce que par l'entremise de l'hygiène publique – est partout requise : depuis les gradins des services publics de l'éducation nationale et de l'administration territoriale jusqu'aux parvis des différents ministères de l'État. Autant dire, tout l'espace public de l'appareil administratif et politique de l'État est désormais régi par les [56] normes ou règles de santé publique. Mais, l'État, appareil institutionnel de la puissance publique, n'est pas seulement cet espace public de l'administration et du suivi des intérêts collectifs. Il est aussi et surtout son espace politique, ce qui ne saurait exclure naturellement une certaine politisation progressive de cet intérêt général que représente la santé publique.

Ces développements, somme toute apologiques en faveur de la discipline qui nous concerne ici – la science politique – à s'occuper des questions de santé publique en tant que fait social observable, nous conduisent à dégager deux hypothèses dans l'organisation de cette étude.

---

<sup>72</sup> **Wim Van LERBERGHE** et **Vincent de BROUWERE**, « État de santé et santé de l'État en Afrique subsaharienne », *ibidem*, p. 187

## *La santé publique comme fait social observable*

[Retour au sommaire](#)

Une politique de santé publique clairement définie, associant les ressources adaptées et efficaces pour sa réalisation, peut être un moyen de rendre efficace l'action publique au Bénin, dans sa lutte contre la précarisation sanitaire et la pauvreté. Cette lutte contre la précarisation du bien-être ou de la santé doit pouvoir intégrer la préservation de l'environnement ainsi que les valeurs de solidarité visant la réduction des inégalités socio-économiques qui sont parties intégrantes des déterminants sociaux d'une bonne santé. C'est la substance de notre première hypothèse. En effet, la santé publique est partie intégrante des programmes et actions de régulation ou de contrôle publics dont seul l'État a ici le monopole. Ce pouvoir exclusif de l'appareil étatique lui confère par là même son nom de puissance publique. L'État, puissance publique n'a donc pas de concurrent dans l'exercice de ses prérogatives de pouvoir public. Ce monopole de la puissance publique dans certains domaines comme en matière de santé publique suppose qu'en pareille occurrence, l'État dispose du pouvoir économique lui permettant de mobiliser les ressources nécessaires pour son bon fonctionnement. En tant que tel, l'efficacité des objectifs de santé publique que l'État s'est assignés sera chaque fois appréciée à travers l'efficacité même des moyens mobilisés par l'action publique relative à la planification et la gestion des affaires sanitaires. En substance, les politiques de santé publique au Bénin ont souvent défendu un programme social de réduction des inégalités socio-économiques, afin de faire de la santé une richesse accessible à tous. Cela passe notamment par plusieurs [57] programmes et campagnes de prévention ou de sensibilisation des populations à tous les niveaux. Mais seulement, cela suffit-il ? Les inégalités socio-économiques continuent de s'accroître avec la paupérisation qui frappe désormais dans les couches favorisées. Bien entendu, dans son ouvrage, *L'espace politique de la santé*, le médecin, anthropologue et sociologue Didier Fassin <sup>73</sup>, a démontré à partir de l'exemple de la banlieue

---

<sup>73</sup> **Didier FASSIN**, *L'espace politique de la santé*. Essai de généalogie, op. cit., p. 114.

de Dakar au Sénégal que la variable socio-économique n'aurait finalement aucune incidence sur le recours des populations enquêtées aux soins thérapeutiques. Ce recours aux soins, considère-t-il –, en se faisant l'écho des travaux similaires de Claude Raynaut (1990, 151) menés au Niger – aurait même tendance à s'élever en cas de maladie, quelle que soit l'appartenance sociale des individus. Il s'ensuit que les demandes de soins médicaux ou de consommation des produits thérapeutiques, ne cessent de s'accroître dans les pays du Sud. Pour autant, force est de constater que le statut socio-économique en période de récession ou non, reste un facteur d'exclusion devant l'offre sanitaire des systèmes de soins qui participent à la fois au bien-être du corps physique et de sa force psychologique. Ainsi, nos observations à partir de la réalité socio-économique des populations béninoises nous ont confronté à des situations diverses où l'état d'indigence, voire le rang social de l'individu malade, établissent corrélativement son gradient en termes d'accessibilité aux dispositifs de soins existants. En toute hypothèse, la théorie de l'indifférence de la variable socio-économique dans le processus de soins, telle qu'elle est défendue par Didier Fassin et d'autres courants de pensée, n'est pas du tout sans intérêt. Bien au contraire, elle procède d'une observation empirique et conserve en tant que telle toute sa valeur heuristique. Elle conforte même pour ainsi dire, notre hypothèse selon laquelle, l'État, la puissance publique en recherchant l'efficacité de ses actions de planification de la santé, devrait développer une politique efficiente en termes de ressources et de mise en œuvre de son action publique. N'y a-t-il pas là en réalité un déplacement de la causalité de la morbidité sociale vers les arènes politiques de la puissance publique ? Somme toute, si dans certains cas, la variable socio-économique peut constituer, soit une barrière, soit une porte d'entrée dans le processus de soins, elle [58] perd pourtant sa portée déterministe lorsque, l'action en l'occurrence de la puissance publique, manque de consistance sur le terrain. Ainsi, en cas de maladie, toutes les catégories sociales au Bénin, se retrouvent bien souvent sur un même pied d'égalité devant le même problème posé par l'existence partielle, la disponibilité incertaine et la qualité <sup>74</sup> des prestations de soins médicaux dispensés dans

---

<sup>74</sup> **Marc-Éric GRUÉNAIS** et **Roland POURTIER** affirment à ce propos que : « La probabilité pour qu'une femme meure en couche en France est presque nulle ; elle fait partie du risque ordinaire pour les femmes africaines. Or toutes

les différents services de santé. Aussi, l'appartenance à une catégorie socio-économique plutôt reluisante ne change-t-elle rien à l'infortune de tout patient présentant une fracture du col du fémur ou du grand trochanter, lorsque les structures sanitaires disponibles, ne disposent pas ou plus d'une composante radiologique. Dans cette même perspective, un constat réaliste s'impose lorsqu'on se réfère à l'objectif de « santé pour tous d'ici l'an 2000 d'après l'OMS et la conférence des États d'Alma Ata de 1978. Un objectif désormais à relativiser et à revoir dans ces principaux considérants pour éviter à long terme ce constat d'illusion voire d'utopie que relèvent à bon escient Salim B. Sohani et al., estimant à bon droit que : « *With the rising level of poverty and scarcity of resources in developing countries, the investment in social development sector is getting diminished. Consequently the dream of health for all set in 1978 by WHO at Alma Ata declaration has become more elusive. Although several agencies have tried various strategies to ensure better health of the community, however efficient management of scarce resources and the sustainability of the health care continue to be a challenge.* <sup>75</sup> ».

[59]

Le même constat avait déjà été relevé en 2000 par Marc-Eric Gruénais et Roland Pourtier <sup>76</sup> soulignant justement que : « *La « santé*

---

les études montrent aujourd'hui que près de 90% des morts maternelles pourraient être évitées et qu'elles sont donc dues, pour l'essentiel, à un manque de performance des systèmes de santé. On comprend mieux désormais que l'essentiel des efforts porte sur des problèmes de politiques sanitaires : formation des personnels, intégration des programmes de santé, rationalisation de l'offre de soins, (...) en un mot sur l'organisation des systèmes de santé. ». Voir introduction de **Marc-Éric GRUÉNAIS** et **Roland POURTIER**, « La « santé pour tous » en Afrique : un leurre ? » pp. 3-12, in **Marc-Éric GRUÉNAIS** et **Roland POURTIER**, (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis, Afrique contemporaine, Numéro spécial*, op. cit., p. 7

<sup>75</sup> **Salim B. SOHANI**, **Swafiya M. SALIM**, **Henry NYAMU**, and **Hugh ANNETT**, « Health care financing. A model from Rural Kenya », in **Martine AUDIBERT**, **Jacky MATHONNAT** et **Eric de ROODENBEKE**, (dir.), *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Paris : KARTHALA, 2003, p. 131

<sup>76</sup> **Marc-Éric GRUÉNAIS** et **Roland POURTIER**, « La « santé pour tous » en Afrique : un leurre ? » pp. 3-12, in **Marc-Éric GRUÉNAIS** et **Roland**

*pour tous » était envisageable il y a encore quelques années lorsque le modèle d'une médecine triomphante dominait, lorsque l'on pouvait encore envisager qu'après avoir identifié les divers agents infectieux, on parviendrait à trouver et à administrer les traitements correspondants et ainsi à mettre fin progressivement aux maux d'un nombre croissant d'êtres humains. L'éradication de la variole de la surface du globe fut incontestablement, au cours du XXe siècle, l'exemple type de la validité de ce modèle causal simple. Cet espoir a cependant été singulièrement battu en brèche à la suite de la découverte de l'infection par le VIH en 1981. ».*

À cet effet, la mise en place progressive d'une couverture sociale généralisée voire des mécanismes assurantiels adaptés ou accessibles aux couches défavorisées, devrait s'accompagner avant tout, des ressources nécessaires en termes de logistique et de compétence des services de santé. Mais tant s'en faut. L'objectif de « santé pour tous » est une fois de plus toujours malmené par l'absence du minimum des conditions requises à savoir : une couverture sanitaire généralisée, une absence de protection sociale d'autant aggravée par le sous-équipement des structures de soins. De cette première observation découle un problème récurrent dans l'arène politique et administrative de la santé publique au Bénin à savoir la question de la sécurité sanitaire qui appelle des mesures autant de prévention que de précaution.

Aussi, dans cette étude, faisons-nous également l'hypothèse qu'une application effective du principe de précaution dans les politiques publiques en lien avec la santé, est susceptible de favoriser dans un Bénin émergent, un niveau de sécurité sanitaire satisfaisant. En intégrant, en effet, l'obligation de l'État de pourvoir efficacement aux services publics de santé sur son territoire, le principe de précaution peut sans doute s'adapter à la prise en charge efficiente de la sécurité en matière de santé publique au Bénin. Un état jugé en termes de bonne santé de tout [60] individu <sup>77</sup> suppose en quelque sorte la préservation de l'équilibre nécessaire entre les différents symbiotes dans son écosystème. Il en va de même de toute la biosphère dont la santé fait

---

**POURTIER**, (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, Afrique contemporaine, Numéro spécial, Trimestriel N° 195 op. cit., p. 6.

<sup>77</sup> Nous entendons ici le mot « individu » dans sa première acception selon Le Petit Larousse qui parle alors de : « *Chaque spécimen vivant d'une espèce animale ou végétale, issu d'une cellule unique* ».

de plus en plus objet de mesures de protection et de conservation à travers différentes conventions internationales. En témoigne, le Protocole de Cartagena <sup>78</sup> du 29 Janvier 2000 dont l'objectif consiste dans « la prévention des risques biotechnologiques » en application de la Convention de Rio de 1992 sur la diversité biologique. Le but recherché à travers ces instruments juridiques internationaux ratifiés par le Bénin, reste avant tout la réduction des risques probables pour la santé de l'homme et pour son environnement dont l'importance biotique n'est plus à démontrer. Les articles 4 et 5 du protocole délimitent son champ d'application. Ainsi, l'article 4 limite le domaine d'intervention du protocole aux « mouvements transfrontières, au transit, à la manipulation et à l'utilisation de tout organisme vivant modifié qui pourrait avoir des effets défavorables sur la conservation et l'utilisation durable de la diversité biologique » en tenant également compte des risques pour la santé humaine. En revanche, d'après son article 5, le champ d'application du protocole de Cartagena ne s'étend pas aux mouvements transfrontières d'organismes vivants modifiés lorsqu'ils concernent des produits pharmaceutiques destinés à l'usage de l'homme. Le droit à un environnement sain malgré l'expansion des industries de la biotechnologie est ainsi affirmé à travers cet accord international qui reconnaît aux États signataires le droit de refuser l'importation d'organismes vivants modifiés au rang desquels les Organismes Génétiquement Modifiés (OGM). Après un premier moratoire de cinq ans sur l'importation, la commercialisation et l'utilisation des OGM ainsi que leurs dérivés –, un moratoire <sup>79</sup> entré en vigueur de mars 2002 à 2007 – les autorités béninoises toujours en application du protocole de Cartagena et du principe de précaution qui en découle, ont reconduit ce moratoire pour cinq [61] années de plus. Les incertitudes sur les risques probables de ces organismes transgéniques pour l'agriculture locale sont d'autant élevées que le Bénin ne dispose pas de structures techniques compétentes pour la détection, le suivi et le

---

<sup>78</sup> **Secrétariat de la Convention sur la diversité biologique** (2000). Protocole de Cartagena sur la prévention des risques biotechnologiques relatif à la Convention sur la diversité biologique : texte et annexes. Montréal : Secrétariat de la Convention sur la diversité biologique.

<sup>79</sup> **Sabaï KATÉ**, ministre de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche, (MAEP) maire de la commune de Banikoara – département de l'Alibori – entretiens du 07 juillet 2009 et du 09 juin 2011.

contrôle des OGM. Dans le cas d'espèce, le principe de précaution a conduit les pouvoirs publics à l'adoption d'une mesure d'abstention ce qui correspond à la variable extrême ou maximaliste du principe de précaution, même si cette abstention est provisoirement limitée dans le temps. Mais encore, une variable médiane voire minimaliste peut être recherchée pour mettre en œuvre le principe de précaution dans la gestion des nombreux risques plus ou moins mineurs mais potentiellement menaçants pour la santé. C'est le cas parmi tant d'autres du déversement des intrants chimiques agricoles par l'action du ruissellement ou de l'homme dans les cours d'eau avoisinant autant les exploitations agricoles que les agglomérations rurales. Les substances dangereuses sont alors de nos jours partout, y compris dans les terres nourricières – seuls espaces par-dessus tout tropiques – aussi bien des contrées sylvestres que des populations périurbaines : ces substances toxiques ne connaissent donc pas de frontière. L'ignorance parfois, voire l'imprudence qui accompagnent leur manipulation, les transforment finalement en menaces pour la santé humaine. La société du risque n'épargne alors aucun peuple, aucune contrée, aucune frontière. Comme l'affirme si bien Ulrich Beck <sup>80</sup> : « *Les risques sont des « produits parasites » que l'on ingurgite, que l'on inhale en même temps que quelque chose d'autre. Ils sont les « passagers clandestins » de la consommation normale. Ils sont véhiculés par le vent et par l'eau. Ils peuvent être présents n'importe où, et sont assimilés avec les denrées dont notre survie dépend – l'air que l'on respire, l'alimentation, les vêtements, l'habitat, etc. –, autant d'espaces de protection soumis à des contrôles stricts dans le monde moderne.* ».

Ainsi, le maintien du principe de précaution dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques du risque au Bénin peut manifestement contribuer à renforcer la protection sanitaire des populations tout en favorisant par leur apprentissage, le développement d'une culture de précaution. Le socle de cette culture de précaution peut essentiellement résider dans la sensibilisation continue des populations à observer les normes de sécurité. Cette imprégnation des esprits par la culture de [62] précaution peut se faire de manière corrélative avec la prégnance des mesures de prévention en matière de santé publique. Ainsi,

---

<sup>80</sup> Ulrich BECK, La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité, op. cit., p. 74

précaution et prévention peuvent désormais être conjuguées ensemble pour maîtriser les différents risques préoccupants pour la santé humaine.

La vérification de ces hypothèses fait appel à des procédés méthodologiques plus ou moins complexes qu'il convient toutefois de spécifier, bien sûr, en ne retenant que l'essentiel.

### *Procédé vérificatif des hypothèses*

[Retour au sommaire](#)

La présente investigation est, avant tout, un choix monographique autrement dit, une étude de cas unique. Bien entendu, la pensée par cas – pour reprendre ici les affirmations de Jean-Claude Passeron et Jacques Revel <sup>81</sup> –, consiste à généraliser en partant des singularités d'un cas unique. Autant dire, la pensée par cas vise à raisonner à partir des singularités et non au sujet de singularités. D'après Passeron et Revel, la pensée par cas est un raisonnement qui justifie ses analyses, ses descriptions, ses explications, ses interprétations par : « *L'exploration et l'approfondissement des propriétés d'une singularité accessible à l'observation. Non pour y borner son analyse ou statuer sur un cas unique, mais parce qu'on espère en extraire une argumentation de portée plus générale, dont les conclusions pourront être réutilisées pour fonder d'autres intelligibilités ou justifier d'autres décisions.* ».

Le cas unique est par conséquent une étude détaillée sur les singularités dont la description voire l'interprétation par le chercheur, doit restituer autant l'unicité que ce qui fonde toute la particularité du cas ainsi étudié. Mais encore, l'explication à partir du cas unique consiste également à prendre en compte sa dimension historique, laquelle intègre les spécificités qui font alors sa singularité. En fait de spécificités, la santé dans tous ses états au Bénin, est une voie thématique qui permet de questionner autant la société que les institutions qui la [63] fédèrent. Ici, la santé dans tous ses aspects offre une vision

---

<sup>81</sup> **Jean-Claude PASSERON & Jacques REVEL**, « Penser par cas. Raisonner à partir de singularités », in **Jean-Claude PASSERON & Jacques REVEL**, (dir.), *Penser par cas*, Paris : Éditions de l'EHESS, 2005, p. 9

kaléidoscopique de la société béninoise à travers son maillage culturel – moderne et traditionnel bien sûr – pour soigner, guérir ou prévenir les maladies. Pour mettre en évidence son pluralisme thérapeutique, pour comprendre l'action conjuguée de ses pouvoirs publics et des professionnels de santé en termes de moralisation sanitaire de la vie publique, une étude approfondie, certes syncrétique mais détaillée, de ses différentes composantes, s'impose par conséquent. Bien sûr, cette étude de cas unique repose en tout point sur un procédé empirique où une grande place est laissée aux enquêtes ou observations de terrain. Il s'agit en substance de produire des informations pratiques inspirées de l'objet de cette étude à savoir la gestion publique de la santé et des risques sanitaires. Dans cette optique, l'entretien de recherche à usage principal nous offre ici les moyens d'accès à un large public d'informateurs voire tout simplement un mode de collecte idoine des informations nécessaires pour la mise en œuvre de cette étude. Il s'agit aussi de proposer une analyse de ces observations sous un double regard scientifique à savoir, d'une part sous la forme d'une sociologie compréhensive au sens de Max Weber <sup>82</sup>, et d'autre part sous le prisme d'une ethnométhodologie pour reprendre l'américain Harold Garfinkel <sup>83</sup>. La sociologie compréhensive de Weber présente pour cette étude un intérêt herméneutique en ce sens qu'elle préconise d'étudier les faits sociaux de manière savante en se forçant non seulement d'expliquer ou d'interpréter mais surtout de comprendre l'ensemble des valeurs qui déterminent le comportement des individus. Pour Weber, l'analyse des faits sociaux ne peut optimiser ses résultats en en séparant les représentations cognitives que les individus leur confèrent selon des registres de valeurs qui leur sont propres [Dans cette même perspective, Patrick Pharo <sup>84</sup>, 1985]. La compré-

---

<sup>82</sup> **Max WEBER**, *Economie et société*, Paris : Plon, 1971 (Tome premier ; traduit de l'allemand par Julien Freund, Pierre Kamnitzer, Pierre Bertrand et al. sous la direction de Jacques Chavy et d'Éric de Dampierre)

<sup>83</sup> **Harold GARFINKEL**, *Recherches en ethnométhodologie*. PUF, 2007 (Traduit de l'anglais (USA) par Michel Barthélémy, Baudouin Dupré, Jean-Manuel de Queiroz et al., une traduction coordonnée par Michel Barthélémy et Louis Quéré)

<sup>84</sup> Pour **Patrick PHARO** qui reprend ainsi à son compte les analyses de **Max WEBER** : « Le projet sociologique ne peut en aucun cas s'émanciper de ce fait premier que constitue l'interprétation du social par les membres (de même que le physicien ne peut s'émanciper de la réalité des faits physiques qu'il

hension des comportements [64] sanitaires à risque, la question du pluralisme thérapeutique, le poids des institutions, intègrent naturellement ces registres de valeurs propres aux individus et entrent par voie de conséquence dans le cadre d'une analyse sociologique savante. Quant à l'ethnométhodologie, son intérêt dans cette étude est essentiellement phénoménologique au sens où la compréhension en l'espèce de la réalité sociale étudiée, des interactions subjectives qui la parcourent, procède véritablement d'une analyse des pratiques sociales mais encore de leurs significations contextuelles. Se garder de toute prénotion, s'en tenir à la réalité concrète de l'activité sociale des sujets (actants) telle est la démarche ethnométhodologique à laquelle nous convie Patrick Pharo selon lequel : « *L'ethnométhodologie propose une mise en suspens des évidences naturelles qui font du sociologue, comme de tout individu, le membre d'une intersubjectivité sociale, de façon à réduire ses anticipations de sens à ce qui est juste nécessaire pour comprendre les « structures formelles de l'activité sociale », c'est-à-dire ce qui, dans l'activité raisonnée et « exposante » des acteurs, permet d'assurer la stabilité toujours reconstruite d'un ordre social (Heritage, 1984). Résolument empirique, cette démarche propose de s'en tenir à ce qui est visible pour cette raison qu'elle suppose une identité entre l'accomplissement d'une activité et sa « mise en vue » à l'intention d'autrui. » <sup>85</sup>.*

Cette orientation méthodologique émergente invite en somme la sociologie « traditionnelle » dans son programme initial de production du sens des phénomènes sociaux à faire émerger une nouvelle appro-

---

considère) (...). Il est de fait que Weber voit dans l'idéal-type le moyen conceptuel privilégié par lequel peut devenir compréhensible une activité sociale singulière, et cela particulièrement dans le domaine de la recherche historique. Mais les idéaux-types relatifs à la durée humaine ou aux structures sociales ont fini par devenir des points de passage obligés de toute recherche sociologique concrète, comme s'il était indispensable de caractériser préalablement le temps et les structures sociales pour pouvoir produire des connaissances valides sur certains objets particuliers. » Cf. **Patrick PHARO**, « Problèmes empiriques de la sociologie compréhensive ». In : *Revue française de sociologie*. 1985, 26-1. pp. 120-149, p. 122, [en ligne], texte disponible dans Persée p. 4 <http://www.persee.fr> [consulté le 31 mai 2010]

<sup>85</sup> **Patrick PHARO**, « Problèmes empiriques de la sociologie compréhensive ». In : *Revue française de sociologie*, op. cit., Ibidem

che, celle de l'ethnométhodologie qui, selon Michel de Fornel<sup>86</sup> et alii, consiste donc, à : « *Rendre aux faits sociaux de Durkheim leur physionomie concrète de « choses [65] organisationnelles* », à retrouver le travail d'organisation, d'ordonnancement et de mise en sens qui les constitue comme réalité objective. Pour cela, il eût fallu mettre entre parenthèses, à des fins d'analyse, le régime de description et de justification spontanément utilisé dans la vie sociale, et tenter de décrire les phénomènes à partir de l'observation de ce qui « est réellement vu et fait » par les agents sociaux en situation d'action. ».

Enfin, la mise en œuvre de cette étude passe également par un recours massif aux archives et ressources bibliographiques, spécialisées autant en santé publique qu'en sociologie du risque et naturellement en science politique. En toute hypothèse, l'organisation de cette étude s'efforce de répondre en tout point à un certain nombre de questions de recherche qui donnent pour ainsi dire la configuration générale de notre problématique.

### *Problématique de recherche*

[Retour au sommaire](#)

La communication transfrontière des risques, leur prolifération, leurs répercussions probables mais incisives sur la santé des individus et le fonctionnement des institutions, l'aggravation des causes de morbidité sociale sont autant de conjonctures qui appellent de notre part une question de recherche dans une démarche de science politique : Comment la gestion par les acteurs publics des questions relatives aux politiques du risque notamment en ce qui concerne la sécurité sanitaire peut être une solution idoine pour instaurer un système de santé publique fondé sur l'observance des normes de sécurité voire sur un principe de précaution à tout le moins adaptable ? Cette question interpelle la gestion publique des risques sanitaires collectifs, lesquels échappent à toute maîtrise singulière des individus. Elle éprouve aussi la responsabilité des pouvoirs publics à définir chaque fois une action

---

<sup>86</sup> Michel de FORNEL, Albert OGIEN, Louis QUÉRÉ, (dir.), *L'ethnométhodologie. Une sociologie radicale*, COLLOQUE DE CERISY, Paris, Éditions La Découverte et Syros, 2001, pp. 10 et 11

publique appropriée et efficace. En effet, les risques collectifs sont souvent porteurs de situations de crise car pendant voire après leur émergence, c'est l'effondrement des systèmes institutionnels qui –, soit parce qu'ils les ont générés, soit parce qu'ils les ont mal gérés – en vient alors à perturber la cohésion sociale. La santé publique est avant tout, une modalité de l'action publique. Elle relève du champ des possibles ou des mesures définies par [66] l'État pour asseoir et affermir son système de sécurité sanitaire. Au niveau individuel, la santé publique interpelle l'État en tant que régulateur crédible des différents modes de vie, notamment les habitudes de vie et les comportements à risque. Au niveau collectif, la santé publique questionne tout autant la capacité de l'État à définir et à mettre en œuvre des mesures prophylactiques à l'échelle globale de la société qu'à s'imposer comme seule instance décisionnelle en matière de gouvernance des problèmes de santé sur son territoire. Le point d'ancrage de cette étude repose en conséquence sur l'influence des institutions publiques au sein des collectivités humaines, leur déterminisme sur les comportements thérapeutiques des individus mais encore leur poids dans la détermination et la conduite rationnelles des programmes de santé publique.

Bien entendu, comme toute étude, cette thèse comporte des limites à la fois organisationnelles et empiriques, qu'il nous faut maintenant préciser.

### *Les limites du sujet*

[Retour au sommaire](#)

Compte tenu de la complexité du sujet et des méandres du cadre institutionnel dans lequel nous projetons de circonscrire les travaux de la présente étude, nous sommes tout à fait conscient des éventuelles difficultés liées à certains éléments de terrain comme par exemple « la politique de la bouche cousue » dans le rang de certains officiels. Aussi, à toutes fins utiles, avons-nous prévu pour nos informations, de recourir en pareille occurrence, à une panoplie de contacts, notamment auprès des personnes ressources dans une configuration politique où dominant souvent quelques éminences grises. Ce travail n'a nullement pour but de produire des pamphlets, ni des délations ni

même des dithyrambes. Mais il s'agit de réaliser une étude sociologique donc scientifique où la rigueur méthodologique et le respect des enquêtés mobilisés à cette fin, s'imposent en tant que ligne directrice et code de conduite.

Les politiques du risque et l'exigence de sécurité sanitaire au cœur de cette étude de l'action publique au Bénin, est une contribution par la recherche, à la satisfaction des objectifs de modernisation des institutions du pays. Il s'agit en l'occurrence, dans une société moderne et démocratique en constante évolution, de [67] faire tomber certains clivages sociaux, de sorte que le Renouveau démocratique insufflé par la Conférence nationale de février 1990 ne se cantonne plus aux seules libertés publiques et individuelles ; de sorte que ce processus de démocratisation du pays ne se limite pas seulement à l'expression du suffrage universel mais encore aux droits fondamentaux d'accès aux soins sur la base des principes d'égalité et de solidarité. Il s'agit également de faire reposer le système de santé béninois sur les acquis d'une culture de prévention et de précaution en insufflant constamment par la recherche, des objectifs de modernisation des politiques de santé publique. Bien entendu, il s'agit aussi de penser les creusets d'un principe de précaution en adéquation avec la réalité socio-économique du pays et, comme alternative possible d'un système préventive en situation de gestion des crises sanitaires collectives. Cette étude ambitionne par surcroît d'apporter un éclairage heuristique à tous : chercheurs et autres acteurs de terrain, soucieux de comprendre l'action des institutions chargées de la satisfaction des intérêts collectifs en Afrique subsaharienne à partir de l'exemple béninois. Aussi cette étude propose-t-elle un cadre empirique exploitable à toutes fins utiles par : les différentes collectivités territoriales décentralisées, pour la définition de leurs programmes de santé publique ; les Organisations Non Gouvernementales (ONG), qui militent dans le champ de l'action humanitaire au bénéfice des populations ; les organisations internationales au premier rang desquelles : l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Organisation des Nations-Unies pour l'Agriculture et l'Alimentation (FAO), en tant que promoteurs inconditionnels de la santé publique et de la Sécurité Sanitaire des Aliments (SSA) auprès des États ; enfin et sans pouvoir être exhaustif, l'Union Africaine (UA) et l'Union Européenne (UE), en ce qui concerne leurs divers investissements, notamment leurs programmes

relatifs à la santé publique en Afrique subsaharienne. Ainsi, l'Afrique <sup>87</sup> de manière générale, trop longtemps empêtrée dans sa déréliction face aux différents cas endémiques et [68] épidémiques qui ne cessent de la frapper, devient de plus en plus, un enjeu considérable pour les politiques de santé publique comme nous le verrons maintenant dans l'état actuel de la littérature.

*La santé publique et les politiques du risque  
dans la littérature des sciences sociales et politiques*

[Retour au sommaire](#)

Si la question du risque ou des menaces collectives pour la santé ne commencent que récemment à intéresser les politiques publiques en Afrique comme au Bénin <sup>88</sup>, il faut noter que le sujet reste au cœur d'une abondante littérature scientifique en occident. Il apparaît à la suite de nos lectures que, le risque qui génère des incertitudes induit un besoin, autrement dit, une demande de contrôle, laquelle appelle une action des politiques publiques. La nature de cette action publique fait l'objet aujourd'hui encore de tant de controverses scientifiques

---

<sup>87</sup> **Marc-Éric GRUÉNAIS** et **Roland POURTIER** font remarquer pour leur part et à juste titre que l'Afrique : « Reste le continent par excellence des endémies tropicales ; virus, bactéries et parasites véhiculés par des insectes ou d'autres vecteurs y prospèrent d'autant plus facilement que le milieu n'est encore que faiblement maîtrisé et que les conditions de vie sont généralement mauvaises. ». Voir l'introduction de **Marc-Éric GRUÉNAIS** et **Roland POURTIER**, « La « santé pour tous » en Afrique : un leurre ? » pp. 3-12 in **Marc-Éric GRUÉNAIS** et **Roland POURTIER**, (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis, Afrique contemporaine*, Numéro spécial, Trimestriel N° 195 op. cit., p. 4

<sup>88</sup> On peut relever ici plusieurs engagements internationaux du Bénin notamment son adhésion à : la Déclaration de Dakar relative à l'épidémie du Sida en Afrique (1992) ; la Déclaration de Tunis relative au Sida et l'enfant africain (1994) ; la Déclaration d'Abuja sur l'initiative « Faire reculer le paludisme en Afrique » (avril 2000) ; l'engagement du sommet de Ouagadougou pour la mise en œuvre des décisions et recommandations des Chefs d'État et de Gouvernement de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA, actuelle Union Africaine UA) en vue du renforcement de la lutte contre le VIH/Sida en Afrique (mai 2000) ; enfin le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique NEPAD (mai 2002).

que les travaux de la présente étude aspirent à préciser. L'analyse de cette action publique se fera donc à travers le prisme des politiques publiques définies par les pouvoirs publics et mises en œuvre dans les diverses institutions sanitaires, administratives ou agro-alimentaires. C'est, en effet, dans ce cadre que les problèmes de santé publique polarisent de plus en plus la science politique à l'instar des autres sciences sociales. Ainsi, avec les nombreuses productions littéraires et scientifiques en matière de santé publique, la science politique peut davantage renforcer sa position de science-carrefour des sciences sociales. Plusieurs contributions de la science politique dans ce domaine de la santé et de la gestion des risques sanitaires collectifs ont fourni dans de nombreux pays, des informations pratiques et utiles permettant aux pouvoirs publics d'orienter significativement leurs programmes et action publique de protection sociale. Tout d'abord, les questions de santé, de gestion des risques, de protection sociale, font uniment appel à des politiques [69] publiques dont les apports heuristiques et épistémologiques de la science politique ont permis d'identifier les moments clefs pour une planification meilleure et efficace de l'action publique spécialisée en la matière. C'est notamment tout l'intérêt des travaux du politologue Vincent Lemieux évoqué plus haut. Dans cet article qui a pour titre : « Les politiques publiques et les alliances d'acteurs » in : *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux* <sup>89</sup>, sous la direction, de Vincent Lemieux, Gérard Bélanger et alii, il apparaît que les politiques publiques même dans le domaine de la santé publique, font toujours appel à des instances de décisions corrélées entre elles et où le jeu des acteurs laisse transparaître différentes stratégies pour rendre leurs préférences performatives. En substance, la définition comme la planification des politiques publiques dans tous les domaines, fait intervenir des jeux et des alliances d'acteurs dans une configuration de pouvoirs ou de réseaux de pouvoirs à l'intérieur de laquelle chaque acteur ou alliance d'acteurs cherche à imposer ses préférences. L'opposition ou les réactions souvent hostiles de certains lobbies de professionnels de la santé

---

<sup>89</sup> **Vincent LEMIEUX**, « Les politiques publiques et les alliances d'acteurs », in **Vincent LEMIEUX, Pierre BERGERON, Clermont BÉGIN et Gérard BÉLANGER**, (dir.), *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, [en ligne] cf. « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », op. cit., pp. 6-8

à l'occasion des réformes qui touchent à leur sphère d'activité est une illustration de ces jeux de pouvoir et d'alliance qui appelle des négociations sociales et politiques. Dans ce cadre, l'offre politique doit consister dans un ensemble de mesures rationnelles capables de réguler ou de planifier efficacement les différents problèmes qui se posent à la société. A ce titre, la planification, d'après un article du politologue Jean Meynaud publié dans la *Revue internationale des sciences sociales*, en 1967, est une technique rationnelle de gestion des problèmes rattachés aux politiques sociales. Jean Meynaud<sup>90</sup> qui se fait ici l'écho de Robert A. Dahl souligne l'intérêt du passage d'une notion économique mais étroite ou rigide de l'idée de planification au sens de « système hiérarchisé de gestion des ressources économiques » à une notion plus large et [70] souple en tant que « technique rationnelle de gouvernement ou action sociale conduite dans le but de parvenir à des décisions rationnelles. Ainsi, les politiques publiques sont le fruit des concertations stratégiques entre les différents réseaux d'acteurs en présence. Ces réseaux d'influences réciproques ou d'interdépendance, correspondent à ce que Patrick Le Galès<sup>91</sup>, qualifie de : « Réseaux d'action publique » qu'il définit de la manière suivante : « Dans un environnement complexe, les réseaux sont le résultat de la coopération plus ou moins stable, non hiérarchique, entre des organisations qui se connaissent et se reconnaissent, négocient, échangent des ressources et peuvent partager des normes et des intérêts. Ces réseaux jouent alors un rôle déterminant dans la mise sur agenda, la décision et la mise en place de l'action publique. ».

Dans ce domaine de l'identification des politiques publiques il existe tout un arsenal d'écrits politologiques qui ont permis de mettre au jour la nature, la portée et la teneur de l'action publique à ses différentes étapes d'émergence ou d'élaboration. C'est dans cette perspec-

<sup>90</sup> **Jean MEYNAUD**, « Introduction. Les pouvoirs de décision dans l'État moderne », (dir.), **Jean MEYNAUD**, *Les pouvoirs de décision dans l'État moderne*. Troisième recueil d'articles extraits de la *Revue internationale des sciences sociales*, pp. 9-29. Paris : UNESCO, 1967, [en ligne], disponible in « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », pp. 25-26 [consulté le 13 janvier 2010]

<sup>91</sup> **Patrick LE GALES**, « Les réseaux d'action publique entre outil passe-partout et théorie de moyenne portée. », in **Patrick LE GALES** et **Mark THATCHER**, (dir.), *Les réseaux de politique publique : débat autour des policy networks*, l'Harmattan, 1995, p. 14

tive qu'il faut inscrire la définition de la « gouvernance » proposée par Yannis Papadopoulos <sup>92</sup> lorsqu'il considère qu'« *En tant que mode particulier d'action publique, la gouvernance renvoie notamment à la "sustaining coordination and coherence among a wide variety of actors with different purposes and objectives such as political actors and institutions, corporate interests, civil society, and transnational governments" »* ».

Tout en mettant l'accent sur l'interaction entre les acteurs collectifs, individuels voire interdépendants, dans son analyse des « réseaux d'action publique », Patrick Hassenteufel <sup>93</sup> pour sa part, met en évidence que : « *L'action publique n'est plus alors conçue comme un enchaînement linéaire de séquences mais comme le produit d'interactions multiples entre divers acteurs.* ».

[71]

Autrement dit, l'élaboration tout comme la mise en œuvre de l'action publique n'est plus tributaire des seuls acteurs étatiques ou infra-étatiques, mais encore de tout un enchevêtrement d'opérateurs civils, économiques, publics et privés. C'est dans ce contexte de jeux réticulaires et cette configuration d'acteurs multiples que les programmes de santé publique – action publique parmi les politiques publiques – sont définis et coordonnés par les pouvoirs publics. L'action publique est par conséquent la résultante d'un consensus social, transparent et démocratique. Les questions de santé publique et leurs problèmes de planification relèvent alors dans la littérature de science politique, de l'action publique gouvernementale. Ensuite, comme nous pouvons le constater avec ces différents auteurs, c'est par l'entremise de la recherche en action publique que la science politique s'intéresse davantage à l'étude des risques collectifs ainsi qu'à leurs probables inconvénients pour la santé de l'homme et pour son milieu naturel.

<sup>92</sup> **Yannis PAPADOPOULOS**, « La gouvernance en réseaux : les conséquences pour la démocratie participative », in **Olivier GIRAUD** et **Philippe WARIN**, (dir.), *Politiques publiques et démocratie*, Paris : Ed. La Découverte, 2008, p. 281

<sup>93</sup> **Patrick HASSENTEUFEL**, « Do policy networks matter ? Lifting descriptif et analyse de l'État en interaction », in **Patrick LE GALES** et **Mark THAT-CHER**, (dir.), *Les réseaux de politique publique : débats autour des policy networks*, op. cit., p. 97

Pour William Dab <sup>94</sup> : « *Penser les évolutions en termes sanitaires est désormais une obligation pour tous les décideurs, même ceux qui pensent à bon droit agir dans un champ éloigné de la santé. La santé publique est sur tous les fronts. L'impact sanitaire de toute action publique sera désormais discuté. C'est une nouvelle sensibilité.* ».

Dans nos sociétés contemporaines, les risques sont partout. En tant que problèmes de société, ils interpellent les politiques publiques et les hommes politiques. En tant que phénomènes sociaux, les risques tout comme les politiques publiques qu'ils mobilisent, sont saisis par le champ disciplinaire de la science politique. Dans leur ouvrage : *La fin du risque zéro*, Xavier Guilhou et Patrick Lagadec <sup>95</sup> ont notamment fait remarquer que : « *Le politique a de plus en plus de difficultés à trouver ses marques et ses leviers dans pareil univers. Quel que soit le domaine, jusqu'à ce que se produise le drame, il est prié de laisser la place aux forces du marché ; le voici soudain sommé d'intervenir comme sauveur dans un chaos avancé, y compris par les plus farouches militants d'un retrait de l'État. On attend de lui qu'il engage une action forte, alors même que les cultures, les attentes profondes, sont traversées de bouleversements particulièrement instables, contradictoires, difficiles à saisir. On le convoque pour qu'il fournisse des [72] solutions miracles, quand la seule réponse possible est d'ouvrir avec les partenaires des chemins nouveaux.* ».

Mais encore, les risques collectifs et leurs corollaires en termes de santé publique font l'objet de plus en plus d'une littérature florissante dans toutes les sciences sociales et humaines. En effet, l'évolution de l'épidémie du SIDA et les difficultés de prévention contre la propagation rapide du Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH-SIDA) à travers la surface du globe, ont accru en la matière l'intérêt pour les recherches en sciences sociales et humaines. Aussi, de par leurs diverses constatations empiriques concernant les différentes habitudes de vie, les comportements sociaux à risque, l'action de régulation et la capacité de contrôle des instances décisionnelles voire structurelles, les sciences sociales et humaines ont-elles contribué à côté des scien-

<sup>94</sup> Réponse de **William DAB** à **Patrick LAGADEC** in *La fin du risque zéro*, op. cit., p. 253

<sup>95</sup> **Xavier GUILHOU** et **Patrick LAGADEC**, *La fin du risque zéro*, op. cit., p. 47

ces biomédicales et épidémiologiques, à rendre efficaces les actions de préventions contre les maladies, contre les risques de contamination, contre les dangers de toutes sortes. Les sciences sociales et humaines ont ainsi largement contribué à faire de la santé publique un objet d'étude complètement émancipé de la biomédecine. Pour Philippe Lecorps et Jean-Bernard Paturet : « *La santé publique est ainsi présentée comme un système d'action qui s'appuie sur de nombreux acteurs des mondes politique, économique et du soin pour investir et transformer les conditions collectives de la vie humaine. Elle utilise pour se construire des disciplines scientifiques comme la sociologie, l'épidémiologie, l'économie, le droit, les savoirs de l'ingénieur, du biologiste, etc. C'est sous les bannières de l'interdisciplinarité, de l'interprofessionnalité, de l'intersectorialité, de l'interministérialité que les questions de santé des populations se posent actuellement.* »<sup>96</sup>.

Pour une meilleure appréciation des risques sanitaires, Taoufik Bourgo<sup>97</sup> nous invite à distinguer deux courants majeurs en matière de sociologie des risques : « *D'une part la sociologie des risques issus d'une conduite particulière fondée sur la recherche intentionnelle du risque et du danger ou sur des comportements d'addiction que l'acteur identifie comme dangereux et qu'il ne [73] peut ou ne veut leur mettre un terme. D'autre part la sociologie des groupes, des individus, des décideurs (acteurs politiques, entrepreneurs, scientifiques, opérateurs travaillant dans des systèmes complexes) confrontés à des situations de crise non voulues, induites par l'accident majeur, la catastrophe ou plus simplement la crainte de réalisation d'un risque.* ».

Cette distinction doctrinale ramène finalement la notion du risque à ses dimensions à la fois individuelles et collectives. Ainsi par exemple des comportements individuels à risque très souvent voulus, parfois simplement idiosyncrasiques – usages sans précaution de drogues parentérales, banalisation des risques vénériens etc. – qui ne manquent pas d'avoir des répercussions sur l'équilibre social en évoluant vers un

<sup>96</sup> **Philippe LECORPS, Jean-Bernard PATURET**, *Santé publique du biopouvoir à la démocratie*, op. cit., pp. 26-27

<sup>97</sup> **Taoufik BOURGOU**, *Politiques du risque*, Lyon : Éditions Perspectives Juridiques, 2005, p. 30.

phénomène sociopolitique majeur : la pandémie du Sida par exemple. En cette matière, les réponses de l'action publique à travers les différents programmes sanitaires dans les pays en voie de développement – bien que souvent inspirées de l'expertise des sciences sociales et biomédicales –, ne semblent pas toujours prendre en compte, pour être efficaces, les spécificités locales.

Dans le cadre d'une étude en anthropologie du médicament, Alice Desclaux<sup>98</sup>, médecin et anthropologue, fait la remarque suivante à juste titre à propos de la prise régulière et effective des antirétroviraux en Afrique, en invitant par ailleurs, la communauté scientifique à un changement de paradigme : « *Outre les motifs de non-prise des médicaments également décrits dans les pays développés – considère-t-elle – (oubli, sommeil, problèmes de santé, effets secondaires, difficultés à prendre le traitement sur le lieu de travail), les patients africains rencontrent des difficultés particulières : incapacité financière à acheter le traitement, absence du médecin au rendez-vous pour la prescription mensuelle, incapacité à respecter les rendez-vous pour la dispensation du fait d'obligations professionnelles, etc. Ces motifs ne dépendent pas des perceptions et attitudes des patients, mais essentiellement du système de soin, invisible dans les motifs d'insouciance décrits en Europe et en Amérique du Nord du fait des services [74] offerts aux patients dans ces pays. Ces résultats sont en faveur d'une relecture de l'observance, accordant une attention spécifique à ses « déterminants institutionnels », qui recouvrent de nombreux éléments organisationnels incluant notamment le système d'approvisionnement en médicaments, le fonctionnement des services, les modalités de suivi des patients, susceptibles d'analyses historiques et politiques aussi bien que techniques.* ».

Par ailleurs, les nouvelles contributions des sciences sociales et humaines dans ce domaine mondialisé de santé publique et de gestion des risques, concernent aussi le développement d'un nouveau modèle théorique de pensée autour du principe de précaution. Un principe dorénavant déterminant pour la mise en œuvre de l'action publique mais

---

<sup>98</sup> **Alice DESCLAUX**, *Les antirétroviraux en Afrique. De la culture dans une économie mondialisée*. In revue *Anthropologie et sociétés*, vol. 27, n° 2, 2003, pp. 41-58. Québec : Département d'anthropologie, Université Laval, [en ligne] disponible in « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », p. 13 [consulté le 18 février 2010]

surtout un concept nouveau dont les contours théoriques doivent être précisés davantage et rendus acceptables de façon univoque au sein de la communauté scientifique internationale.

Enfin, les problèmes de santé publique au niveau des relations internationales comme d'ailleurs en Droit international sont, à tout le moins, appréhendés sous le prisme des grands enjeux sécuritaires de la santé à l'intérieur des frontières. Ainsi, en cette matière, le primat de l'action gouvernementale dans chaque pays est par-dessus tout de préserver l'intérêt national – mais souvent sous la forme d'une coopération transnationale<sup>99</sup> – face à la déferlante non seulement des maladies infectieuses (résurgentes ou émergentes) aux conséquences parfois irrémédiables mais aussi des substances dangereuses (drogues, produits cancérogènes, ou encore armes bactériologiques à des fins souvent de terrorisme de masse<sup>100</sup>) dont la létalité [75] à terme et à grande échelle n'est plus à démontrer. La coopération internationale en matière de santé publique est par conséquent nourrie par des objectifs de sécurité sanitaire à l'intérieur des États-nations. L'un des instruments juridiques internationaux associé à cette finalité sécuritaire est le (Règlement Sanitaire International (RSI) dans sa nouvelle version du 23 mai 2005 entrée en vigueur le 15 juin 2007, Michèle Pou-

---

<sup>99</sup> Tout comme l'affirme **Michèle POULAIN** : « Les maladies ignorant par elles-mêmes les frontières, les actions qu'entraîne la protection de la santé publique revêtent un caractère transfrontière qui nécessite une coopération interrétatique. De plus, l'harmonisation des mesures prises au niveau national impose le recours à un instrument international par lequel s'engagent les souverainetés. C'est ainsi qu'ont été adoptées la convention-cadre pour la lutte antitabac, la version révisée du règlement sanitaire international, et enfin la convention internationale contre le dopage dans le sport. ». In **Michèle POULAIN**, « Les nouveaux instruments du droit international de la santé — Aspects de droit des traités ». In : *Annuaire français de droit international*, volume 51, 2005. pp. 373-400, p. 373, [en ligne], texte disponible sur Persée <http://www.persee.fr> [consulté le 26 juin 2010]

<sup>100</sup> Devant l'ampleur de ces fléaux, **Michèle POULAIN** souligne à juste titre que : « Face au terrorisme de masse, aucun pays ne peut, seul, assurer la sécurité de sa population. Une coordination la plus étroite possible doit être organisée par les acteurs internationaux de la sécurité, organisations gouvernementales ou non gouvernementales. », cf. **Michèle POULAIN**, La protection de la santé publique face à la menace terroriste. In : *Annuaire français de droit international*, volume 47, 2001, pp. 151-173, p. 172, [en ligne], disponible sur Persée. <http://www.persee.fr> [consulté le 26 juin 2010]

lain, 2005). En substance, le RSI vise à moindre coût et sans entraves injustifiées pour le trafic international, la prévention ainsi qu'une protection maximale contre « la propagation internationale des maladies » avec pour nouvel élément déterminant des mesures publiques ainsi prises sur son fondement : « *le concept d'urgence de santé publique de portée internationale* » en raison d'un risque non encore maîtrisé ou d'une menace préoccupante pour les autres États. Somme toute, les maladies infectieuses, les menaces chimiques ou bactériologiques, les virus et les parasites ont de tout temps déterminé les relations internationales. Leur prise en compte au niveau international s'avère d'autant préoccupante qu'il s'agit de la santé et de la sécurité du monde dans toutes ses composantes interdépendantes. Ainsi, comme le rappelle à bon droit Michèle Poulain s'inspirant d'un rapport de l'OMS <sup>101</sup> : « *La mondialisation des maladies infectieuses n'est pas un phénomène nouveau. Toutefois, les mouvements accrus de populations, à des fins touristiques ou migratoires, ou à la suite de catastrophes, l'essor du commerce international de produits alimentaires et biologiques, les changements sociaux et environnementaux liés à l'urbanisation, à la déforestation, et aux perturbations du climat, l'évolution des méthodes de préparations et de distribution des aliments ainsi que les nouvelles habitudes des consommateurs ont rappelé que les poussées de maladies infectieuses observées dans un pays font planer une menace sur le monde entier.* ».

De surcroît, les politiques publiques de préservation de l'environnement physique des populations rurales au Bénin mettent de plus en plus la question du développement durable au cœur des préoccupations sanitaires et économiques non seulement nationales mais encore régionales et transnationales. En effet, la santé et [76] la sécurité des populations sont fortement tributaires de l'équilibre nécessaire entre démographie, ressources naturelles, activités humaines et leurs impacts écologiques prévisibles. Ce phénomène de menace globale sur la durabilité des ressources naturelles est d'autant aggravé – par les nouveaux enjeux de la mondialisation économique qui interpellent

---

<sup>101</sup> OMS, Sécurité sanitaire mondiale, alerte et action en cas d'épidémie, rapport du secrétariat, A54/9 du 2 avril 2001. Une citation de **Michèle POULAIN**, La protection de la santé publique face à la menace terroriste. In : *Annuaire français de droit international*, volume 47, op. cit., p. 167, [en ligne], disponible sur Persée. <http://www.persee.fr>

en conséquence les politiques publiques de coopération internationale – que, s'impose désormais un véritable travail de sensibilisation globale entre pays du Sud et pays du Nord ainsi que le soutiennent Michel Bergès <sup>102</sup> et alii en ces termes : « *Les politiques globales de développement durable (plus larges que celles concernant la forêt cultivée puisqu'elles visent également le changement climatique, la diversité biologique, la biosécurité, la désertification, le développement économique) deviennent un enjeu de coopération internationale dans le nouveau contexte des relations Nord-Sud, ainsi qu'un opérateur de réformes multisectorielles. Dans ce contexte international, de nouveaux défis surgissent en matière de développement forestier, liés aux conséquences de la globalisation et de la mondialisation.* ».

Dans cette perspective, la science politique semble donc admettre que la forêt, l'environnement physique ou les ressources naturelles d'un pays intègrent absolument sa stratégie géopolitique telle que sans elle, son développement humain, sanitaire et économique peut être gravement et durablement compromis. C'est l'avenir des peuples et de la planète dans sa globalité qui pourrait être hypothéqué puisque la forêt, l'environnement physique détermine la vie, sa diversité et la survie de la terre. C'est donc à bon droit que les analyses géopolitiques et de sécurité globale de Michel Bergès <sup>103</sup> et alii nous incitent sans ambages à faire remarquer, à leur suite, ainsi qu'ils l'énoncent clairement que : « *D'un point de vue écologique, la forêt participe de façon décisive à la régénération de la planète ? Seule matière première renouvelable, ressource de carbone, réservoir d'énergies nouvelles, antidote à la pollution urbaine, elle joue [77] un rôle symbolique fort à l'aube du XXIe siècle. Pourtant, malgré les nouveaux textes juridiques censés la protéger, la forêt reste fragile, même dans les pays développés qui ont une culture sylvicole très ancienne (...). La « durabilité » dépend du travail des hommes qui savent gérer la forêt.*

<sup>102</sup> Michel BERGÈS, Yves LESGOURGUES, Dominique d'ANTIN De VAILLAC, Lysianne GUENNÉGUEZ, François MIMIAGUE, Pascal TOZZI, « Les politiques globales de la Forêt et du Développement durable » pp. 120-132, in Michel BERGÈS, (dir.), *Penser les relations internationales*, Paris, L'Harmattan, collection « Pouvoirs comparés », septembre 2008, p. 122

<sup>103</sup> Michel BERGÈS et alii, « Les politiques globales de la Forêt et du Développement durable » pp. 120-132, in Michel BERGÈS, (dir.), *Penser les relations internationales*, Paris, ibidem op. cit., pp. 123 et 124

*Elle ne peut exclure le développement qui seul la rend possible, et auquel d'ailleurs elle peut elle-même contribuer de façon novatrice. ».*

Ce constat réaliste et empirique de la science politique met en exergue le caractère essentiellement biotique de la forêt et plus largement des milieux naturels de l'humain, de la biodiversité, de telle sorte que leur maintien et leur préservation doivent en tout point intégrer l'objet de protection des instruments juridiques nationaux et internationaux. Pourtant, face à l'internationalisation croissante de cette importance biotique des ressources naturelles et de leur protection juridique, des auteurs tels que Michel Bergès, Yves Lesgourgues, Dominique d'Antin De Vaillac <sup>104</sup>, et alii ne manquent pas de souligner en cette matière quelques paradoxes emblématiques de l'anarchie même du système international en observant à juste titre que : « *Les contradictions en présence au niveau du droit international de la forêt (qui n'existe donc pas vraiment, pris entre des textes périphériques et des logiques plus générales de protection de « l'environnement » !) révèlent des intérêts économiques et stratégiques étatiques différents (...). Si la gestion et la juridiction des forêts restent éclatées, l'internationalisation de cet objet privilégié de l'ancien patrimoine des États apparaît stimulante pour le paradigme réaliste du redéploiement de la puissance, en raison notamment de l'opposition entre intérêts économiques et intérêts idéologiques qui s'affrontent en la matière. Les forêts constituent bien un enjeu mondial et relèvent de la sécurité globale. Elle relève aussi d'outils d'évaluation et de gestion adéquats. ».*

Une fois les limites de ce travail précisées et la revue de littérature en sciences sociales et politiques esquissées, nous pourrions désormais dégager le plan qui guidera le cheminement de notre raisonnement tout au long de cette étude.

---

<sup>104</sup> **Michel BERGÈS** et alii, « Les politiques globales de la Forêt et du Développement durable » pp. 120-132, in **Michel BERGÈS**, (dir.), *Penser les relations internationales*, Paris, ibidem op. cit., pp. 129-130.

[78]

### *Plan de travail*

[Retour au sommaire](#)

Les risques collectifs ou individuels, les dangers de toute nature, sont – nous l’avons vu – des menaces visibles ou sournoises, mais dans tous les cas, compossibles avec le déroulement même de toute vie sur terre. Si rien n’est fait – par prévention ou par précaution – c’est la santé humaine qui sera compromise, c’est la vie dans sa diversité qui sera longtemps menacée. Ainsi, en toutes circonstances, une éthique de l’action humaine doit être recherchée et maintenue notamment avec l’élaboration puis la conduite des politiques publiques beaucoup plus responsables et orientées vers des objectifs de santé publique. Aussi, avons-nous consacré la première partie de cette étude à l’examen de la santé publique sous le prisme d’une gouvernance politique de la santé (1<sup>ère</sup> Partie). Il s’agit ici de comprendre comment l’acteur étatique, promoteur de la santé publique sur son territoire, arrive ou non à imposer sa transcendance au-dessus de tous les autres acteurs, lesquels pour ainsi dire, alimentent un vecteur grandissant de pluralisme thérapeutique. Dans cette optique, le premier chapitre aborde en tout point la question, soit de complémentarité des médecines traditionnelle et moderne, soit de leur opposition, en mettant en exergue autant les aversions de l’une pour l’autre, que leurs diverses influences sur l’imaginaire collectif ainsi que les problèmes corrélatifs, soulevés pour la bonne application des mesures de santé publique. Le second chapitre qui a pour titre : « La santé publique, entre politiques publiques et résistances culturelles », est également une sociologie compréhensive du contexte social et culturel auquel les politiques de santé publique tentent d’imposer tant bien que mal leur norme de régulation. Mais le succès ou l’efficacité de la régulation publique et politique des problèmes posés par les détériorations de la santé ne se situe sans doute pas au moment de leur survenue. Le plus important semble donc l’agir ou simplement l’action collective en amont voire avant toute survenue de ces problèmes de morbidité. C’est à ce moment là que l’action publique revêt tout son prestige de puissance publique et en tant que telle, écarte toute concurrence et toute convoitise

privées pour la défense de l'intérêt public dans ce domaine de la santé. C'est la substance même de la seconde partie de cette étude dont l'intitulé « *La santé publique à travers la gestion publique des risques [79] collectifs (2nde Partie)* » met finalement l'État seul au cœur d'un arbitrage politique entre d'un côté ses intérêts économiques mais aussi les intérêts particuliers des individus pourtant générateurs de risques sanitaires collectifs (chapitre I) et d'autre part, les impératifs d'une action publique responsable à travers des politiques de prévention et de précaution sous l'étendard de la santé publique (chapitre II) face à l'apparition des risques sanitaires contemporains.

[80]

# PREMIÈRE PARTIE

## La santé publique à travers le prisme d'une gouvernance politique de la santé

[Retour à la table des matières](#)

[80]

### **Première partie.**

### **La santé publique à travers le prisme d'une gouvernance politique de la santé**

## **INTRODUCTION**

[Retour à la table des matières](#)

Une gouvernance politique de la santé ? Tel pourrait être le constat auquel nous ramène d'emblée cette étude. Par-ci par-là foisonne, en effet, une myriade d'acteurs prestataires des services de soins thérapeutiques : d'un côté, le secteur public hospitalier avec un acteur monopolistique – l'État, ses hôpitaux ou unités de soins souvent en manque d'équipements médico-techniques en tout point convenables – ; de l'autre, le secteur privé avec une multitude d'acteurs parmi lesquels : les cliniques privées dont certaines au contraire bien équipées autant en ressources humaines que médicales sont perçues comme plus efficaces et de fait prisées par la population du moins, pour ceux d'entre elle qui peuvent avant tout s'accommoder ici d'une pratique tarifaire exorbitante ; tant s'en faut, pour les petites cliniques, les plus nombreuses, animées par un personnel soignant souvent peu qualifié dans ce marché des soins médicaux. Hormis ces représentants à divers titres de la biomédecine, le marché des soins et de santé publique fédère également les tenants d'une médecine traditionnelle : phytothérapeutes, tradipraticiens, guérisseurs relevant soit du modèle magico-système soit revendiquant simplement l'héritage d'une connaissance thérapeutique ancestrale. Ce tableau des acteurs ou professionnels des soins de santé peut être complété à juste titre par l'entrée en scène de certains corps religieux – chrétiens, musulmans et sectes – aux mé-

thodes thérapeutiques parfois syncrétiques, c'est-à-dire, un procédé de guérison supposé [81] associer à l'intervention divine, des pratiques propres à la phytothérapie voire des rituels magico-thérapeutiques. L'ambivalence de ces nouvelles pratiques religieuses en puissance sous prétexte d'un christianisme africain, est mise en évidence par Joseph Tonda et Marc-Éric Gruénais <sup>105</sup> qui considèrent à bon droit que : l' « *Une des fonctions explicites de ces mouvements, qui mélangent plus ou moins éléments chrétiens et éléments des univers religieux traditionnels, est de guérir de tous les maux dont souffrent les Africains. Aujourd'hui, les mouvements pentecôtistes (d'origine protestante) et charismatique (d'origine catholique), qui récusent quant à eux tout lien avec la tradition, remportent un très vif succès auprès des populations, et en particulier des populations urbaines ; leur principale fonction est explicitement de guérir, la plupart du temps grâce à la prière, l'imposition des mains et l'eau bénite. Ces mouvements sont particulièrement prisés par les élites urbaines et, d'une manière générale, par les individus très insérés dans le tissu urbain (ouvriers, employés, commerçants, fonctionnaires, etc.). Ils offrent un compromis satisfaisant pour ces populations entre les recours qui relèvent de la biomédecine et les tradipraticiens et autres devins guérisseurs. Contrairement aux premiers, ces mouvements religieux donnent un sens à la maladie en la référant à un univers où l'individu doit affronter et se protéger des forces du Mal, explicatives, en dernière instance, des malheurs qui s'abattent sur lui. Contrairement aux seconds, ces mouvements se départissent de l'univers villageois et de la tradition auxquels tradipraticiens et devins-guérisseurs sont toujours associés.* ».

Ces différents acteurs se revendiquent, les uns que les autres, du statut de thérapeutes ou de professionnels des soins de santé. La gouvernance de la santé ? Derrière cette formulation qui découvre autant les jeux que les interactions d'une kyrielle d'acteurs peut s'apercevoir une certaine idée de gouvernance de la maladie ou plutôt des maladies. Certaines relèvent facilement du champ de compétences et des

---

<sup>105</sup> **Joseph TONDA** et **Marc-Éric GRUÉNAIS**, « Les « médecines africaines » et le syndrome du prophète » pp. 273-282, in **Marc-Éric GRUÉNAIS** et **Roland POURTIER**, (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, Afrique contemporaine, Numéro spécial, Trimestriel N° 195 Juillet-septembre, op. cit., p. 282

possibles de la biomédecine. D'autres plus compliquées voire mystérieuses, susceptibles de toutes interprétations ou explications des plus ordinaires aux plus [82] mystiques polarisent l'attention et le champ d'intervention de ceux que nous appellerons dans cette étude les tradithérapeutes, quels qu'ils soient. Tous, et sans acception de ce qui les différencie fondamentalement, œuvrent pour la guérison du patient. La maladie et l'espoir de guérir constituent ici la clef de voûte de ce système de soins. C'est la maladie qui crée les demandes de soins. C'est elle qui déclenche les divers parcours de soins. C'est elle aussi qui suscite les nombreuses offres de soins au sein des collectivités humaines. Autant dire, le point de départ du parcours de soins coïncide avec le diagnostic clinique d'une pathologie. Le suivi médical – traditionnel ou moderne – est essentiellement ici une urgence thérapeutique, c'est-à-dire, lorsque le normal a vécu pour céder place au pathologique. Dès le départ, l'orientation des soins en première intention vers l'une ou l'autre des différentes structures de prise en charge, reste dépendante de certains déterminants sociaux. C'est le cas, lorsqu'interfère une conjoncture économique familiale défavorable faisant pencher la balance plutôt vers la médecine traditionnelle et une automédication phytothérapeutique souvent couplée avec des produits pharmaceutiques plutôt bon marché et disponibles sans ordonnance médicale. Nous sommes dans un système de soins qui s'apparente tout d'abord à un marché où, chaque acteur, à son niveau, défend ses méthodes thérapeutiques avec ardeur pour limiter bien sûr la concurrence des autres. Ensuite, ce système parcouru d'interactions multiples, laisse pourtant entrevoir une sorte de jeux d'alliance entre ses divers acteurs-thérapeutes – guérisseurs ou médecins – que tout oppose a priori mais qui savent surtout interagir par prise de relais ou simplement par souci de complémentarité thérapeutique. Les relais traditionnels de la médecine sont, pour ainsi dire, toujours actifs. Tout baigne ici dans des représentations sociales du pathologique ou du malsain, toujours à travers des registres de valeurs, toujours à travers un filtre culturel diffus où, un certain démonisme toujours figuratif, un certain mysticisme, dominant les visions du monde physique. Tout mal, ici, a une cause certainement mystique ou sorcellaire. Dans l'appréhension des causes de la maladie, les agents pathogènes, les dysfonctionnements physiologiques sont parfois ignorés, parfois associés à des interprétations divinatoires, non en termes de causalité mécanique ou machinale, mais en termes de conséquence d'une action

métaphysique : secrète, invisible, [83] divine. Le poids de la maladie et des parcours de soins explique parfois aussi celui des croyances culturelles. Les comportements à risque, conscients ou non, idiosyncratiques surtout, traduisent ici une vision collective des mondes réel et immatériel. Par exemple, la mort à laquelle peuvent mener toute maladie sérieuse et tout facteur de risque, est ici une passerelle vers un au-delà vivant où les morts continuent d'habiter la conscience et le subconscient des vivants. Ils ont la possibilité ou simplement le pouvoir de communiquer<sup>106</sup> avec eux – les vivants – sous la forme d'un grimoire ou par l'intermédiaire d'un sorcier-devin. Ils ont la faculté de leur parler ; de révéler par exemple les causes d'une mort prématurée, inattendue, inexplicquée ; souvent imputable à une action humaine, souvent attribuable à une colère divine, à toute cause mystique ou encore sorcellaire ; abstraction ici faite en tout point de la causalité perceptible réellement. Ce contexte culturel a priori hostile au modèle weberien de la rationalité administrative, décrit pourtant les champs de possibles des politiques publiques en matière de santé. Les institutions sanitaires et les programmes de santé publique apprivoisent tant bien que mal ces carcans culturels pour étendre leurs modèles des soins du corps ; pour développer ici leurs diverses actions de propagande sanitaire largement inspirée d'un ensemble de principes taxinomiques propres en l'occurrence à la biomédecine. Le but de ces campagnes de santé publique à l'initiative de l'État, de ses divers partenaires et des institutions sanitaires, est la prévention des maladies et une sensibilisation continue auprès des populations urbaines comme rurales. Ces politiques de santé publique ne tendent pas forcément ou

---

<sup>106</sup> Il s'agit-là pourrait souligner **Michel BERGÈS** dans son hommage à l'ethnologue français **Claude Lévi-Strauss**, d'« *Une logique de communication sociale structurée comme un langage* » à travers « *les rites (où les vivants s'adressent aux morts)* » et inversement « *dans les mythes (où les morts parlent aux vivants – qui les font parler)*. *Toute culture articule de façon « sauvage », créative à l'infini, ces « jeux communicationnels ».* On se trouve en présence de « *structures de communication* » et de sens plus que de structures de relations interindividuelles ordonnées par des institutions explicites. ». In **Michel BERGÈS**, « Claude Lévi-Strauss et les réseaux : parenté et politique ». Un article publié dans la revue électronique [KLESIS](#) - **Revue philosophique**, n° 10, 2008, pp. 1-33. Numéro intitulé : « Hommage à Claude Lévi-Strauss », p. 18. [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 15 décembre 2009]

directement à dénigrer les différents modes de vie comme rétrogrades ou simplement dépassés aujourd'hui. Elles visent surtout à faire prendre conscience des risques sanitaires probables, par une diffusion constante des informations [84] propices à une santé publique à la fois du milieu et des collectivités humaines. Dans cette étude, une analyse sociologique du système de soins béninois nous permettra de déterminer le poids ou du moins les influences à la fois des institutions sanitaires mais encore des représentations culturelles, sur les différents parcours de soins. Deux chapitres vont structurer cette première partie sur l'idée de gouvernance politique de la santé. Tout d'abord, face à une certaine diversité de l'offre de soins, nous verrons à travers les différents parcours thérapeutiques comment l'administration de la santé ou plutôt la dispensation des soins s'opère entre deux médecines : l'une traditionnelle et l'autre moderne. Le second chapitre est une description qualitative des politiques publiques dédiées à la santé, au bien-être collectif malgré la persistance d'un contexte local dominé par des représentations ou des craintes en somme superstitieuses de la maladie.

[85]

### **Première partie.**

La santé publique à travers le prisme  
d'une gouvernance politique de la santé

## **Chapitre 1**

---

### **La santé, entre médecine traditionnelle et médecine moderne**

[Retour à la table des matières](#)

Conflictualité ou plutôt complémentarité ? C'est sous ce double regard que nous présenterons les rapports qu'entretiennent deux modèles ambivalents de médecine au Bénin : la médecine traditionnelle et la médecine moderne. Dans cette perspective, nous soumettrons à l'analyse sociologique les différentes trames de vie d'une collectivité humaine pour laquelle les problématiques sanitaires représentent autant de questions que d'espoir pour la survie quotidienne. La médecine traditionnelle est ici bien souvent une médecine de brousse c'est-à-dire une médecine qui trouve son ancrage territorial au sein des communautés villageoises ; parce qu'elle y trouve ses ressources naturelles et sa clientèle locale ; parce qu'elle trouve ainsi son authenticité voire son efficacité à se dérouler au plus près des fétiches, au plus près d'un totem ou des mânes des ancêtres. Mais elle ne s'y résume pas en tout point car elle polarise aussi une clientèle de citadins dont les recours à la médecine des ancêtres symbolisent par-là même, un retour aux sources. Sur fond de valorisation de ce retour aux valeurs primai-

res, d'autres tradithérapeutes n'hésitent plus à proposer leur service dans les aires urbaines, en s'y implantant finalement, mais, bien souvent, au sein d'une communauté ethnique ou religieuse similaire. Le recours à la médecine traditionnelle s'effectue en premier ou en dernier ressort : en premier ressort, pour des raisons pragmatiques de proximité, de nécessité ou de coutume familiale. En dernier ressort, lorsque la thérapie administrée à l'hôpital ne montre pas les signes de guérison attendue ou encore lorsque le pessimisme finit par envahir les esprits, compte tenu de certaines réalités du milieu hospitalier. Dans ce chapitre, notre démarche sociologique vise d'une part, la compréhension du contexte socioculturel des différents parcours de soins observés auprès des populations des villes et des campagnes afin, d'autre part, de cerner les raisons qui pourraient expliquer ici une certaine désaffection des milieux hospitaliers.

[86]

## Section 1.

### Les parcours de soins ou parcours de combattants

[Retour au sommaire](#)

Plusieurs parcours de soins se donnent à l'observation dans cette étude : le parcours de soins sous la bannière des différents tradithérapeutes ; le parcours de soins en direction des hôpitaux publics, ou des cliniques privées voire de micro-dispensaires péri-urbains. Ainsi, dans ce marché des soins de santé, plusieurs acteurs de droit privé – cliniques privées et tradithérapeutes – rivalisent d'efforts, de performance médicale ou d'exploit thérapeutique pour affermir chacun sa position vis-à-vis de l'autre. L'autre ? En effet, l'État, qui ne veut absolument pas perdre le contrôle de son système de soins en assurant, tant bien que mal, ses missions de santé publique par la régulation et le contrôle des produits et activités de soins sur son territoire ; l'État, le seul qui se fait tant bien que mal, dispensateur des prestations de service public de santé.

## Titre 1.

### Le parcours de soins sous la bannière d'un tradithérapeute

[Retour au sommaire](#)

La médecine traditionnelle ou plutôt les médecines traditionnelles ? La difficulté du choix entre le singulier ou le pluriel, déterminant apposable à cette catégorie de médecine, donne la mesure même de tous ses possibles vraisemblables mais parfois sujets à caution. Face à l'ambiguïté de cette situation, comment reconnaître socialement le statut du tradithérapeute, autant dire, les attributs pertinents pour faire foi de ses compétences médicinales et, par conséquent, établir la véracité des pouvoirs ou dons de guérir, de délivrer ; enfin comment établir l'authenticité de la puissance thérapeutique des médecines traditionnelles ?

[87]

#### *A\*) L'ambivalence du pouvoir thérapeutique des médecines traditionnelles*

Le tradithérapeute est un soignant « traditionnel » qui, pour ainsi dire, ne relève pas du cadre conventionnel ou moderne de l'exercice de la médecine. Ses méthodes de travail, ses rites mantiques, ses techniques thérapeutiques entretiennent souvent le secret d'un savoir ancestral dont seul le tradithérapeute et quelques initiés sont dépositaires. Barbara Fiore <sup>107</sup> et alii l'expriment en ces termes : « *Spécialiste dans la pharmacopée, dans la divination, dans l'interprétation et la manipulation du surnaturel, le thérapeute unit dans sa thérapie toutes ces compétences. La cure traditionnelle est en effet formée d'un en-*

---

<sup>107</sup> **Barbara FIORE, Saïdou TIMBINÉ, Ibrahim KASSAMBARA**, « Le savoir du thérapeute » chapitre 3, pp. 79-106 in **Piero COPPO, Arouna KÉLTA**, (dir.), *Médecine Traditionnelle. Acteurs, itinéraires thérapeutiques*, Editions e, 1990, p. 82.

*semble d'actions d'ordre différent, symbolique et réel, où techniques pharmacologiques, religieuses, divinatoires, verbales, graphiques etc. s'entremêlent de telle façon que l'on ne peut pas comprendre le sens et le poids de l'une si l'on ne connaît pas celui de chacune des autres et l'enchaînement existant entre elles. ».*

Le caractère ésotérique de son savoir médicinal principalement fondé sur des produits animaux ou végétaux, ne permet pas de faire véritablement le départ entre pratiques magico-charlatanistes et actes à visée purement thérapeutique. Le thérapeute traditionnel entretient lui-même l'ambiguïté dans l'exercice de ses activités qui empruntent à plusieurs champs de compétences interdépendantes d'après les constatations de Didier Fassin <sup>108</sup>. Pour lui, en effet : *« Les interactions entre les différents champs sont ainsi marquées par le don d'ubiquité que manifestent les agents en passant à tout instant de l'un à l'autre. Le marabout est dans le champ médical lorsqu'il se fait guérisseur par imposition des mains ; il est dans le champ religieux quand il déclare intercéder pour le salut de l'un de ses disciples ; il est dans le champ économique lorsqu'il intervient dans le commerce illégal des produits pharmaceutiques, il est dans le champ politique quand il obtient la signature d'un ministre pour une commande secrète de médicaments [88] dans une institution publique. En fait, il n'est dans aucun des quatre, mais plutôt dans tous à la fois, laissant en permanence persister une ambiguïté sur la position qu'il occupe réellement et tirant avantage de cette incertitude. ».*

En outre, il y a autant de méthodes thérapeutiques qu'il existe de tradithérapeutes dont l'hermétisme même des savoirs thérapeutiques ancestraux voire révélés, est davantage renforcé par le caractère oral de leur transmission. Ainsi que le constatent à bon escient Joseph Tonda et Marc-Éric Gruénais <sup>109</sup> : *« La médecine qualifiée de « traditionnelle » est en réalité constituée par une diversité de savoirs et de pratiques dont l'unité et la « traditionnalité » sont bien difficiles à*

<sup>108</sup> **Didier FASSIN**, L'espace politique de la santé. Essai de généalogie, op. cit., pp. 167 et 168

<sup>109</sup> **Joseph TONDA** et **Marc-Éric GRUÉNAIS**, « Les « médecines africaines » et le syndrome du prophète » pp. 273-282, in **Marc-Éric GRUÉNAIS** et **Roland POURTIER**, (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, Afrique contemporaine, Numéro spécial, Trimestriel N° 195 Juillet-septembre, op. cit., p. 273.

*saisir. Le terme « guérisseur », qui a été traduit dans le lexique de l'OMS par le terme « tradipraticien » ne recouvre que très imparfaitement les oppositions entre le savant (écrit, expérimental) et le populaire (non écrit, empirique), entre la modernité et la tradition, entre la ville et le village. On rencontre des « tradipraticiens » lettrés et vivant en ville, des médecins-guérisseurs, des infirmiers installés dans les quartiers et pratiquant une « médecine traditionnelle » ou une « médecine révélée » qui conduira à une « guérison divine », ou encore des prophètes guérisseurs qui attirent dans leurs congrégations nombre de malades qui se considèrent en échec thérapeutique. ».*

Cette absence de transparence et de cadre clairement défini voire uniformisé des méthodes de travail des tradithérapeutes a, pour une grande part, justifié la méfiance et les réticences des autorités publiques comme d'une partie de la population à leur endroit. De fait, au Bénin, avec la naissance de l'État postcolonial, le tradithérapeute fut tout d'abord contesté, combattu, molesté par décision des pouvoirs publics qui les assimilèrent de facto aux charlatans, sorciers et tout esprit rétrograde. Ce fut le cas notamment avec le régime marxiste-léniniste de Mathieu Kérékou des années soixante-et-dix avec l'édiction en 1976 des ordonnances de démystification <sup>110</sup> des puissances occultes, qualifiées de mesures [89] « anti-féodalité » et « anti-sorcellerie » par Emmanuelle Kadya Tall. Aussi bien entendu, s'efforce-t-elle de rappeler que le pouvoir révolutionnaire de Mathieu Kérékou avait ordonné en 1974 la création : « *D'une association nationale des praticiens de la médecine traditionnelle pour revaloriser les savoirs ancestraux et pallier le déficit des structures sanitaires*

---

<sup>110</sup> Comme le rappelle **Emmanuelle Kadya TALL** : « C'est la période de la « démystification et la libération des masses populaires par l'abolissement des recrutements dans les couvents fétichistes et la suppression de la pratique consistant à faire boire le fétiche ». C'est une période proche de l'inquisition où adeptes et fidèles peuvent être jetés en prison pour fait de sorcellerie et atteinte à la révolution. Bon nombre de tradipraticiens sont arrêtés tant il est difficile de faire la part entre pratiques thérapeutiques et pratiques magico-religieuses dans la médecine dite traditionnelle. C'est ainsi que la délation et les accusations de sorcellerie supplantent les anciennes pratiques de contrôle social. Chacun peut se retrouver sous les verrous sur simple plainte d'un voisin ou d'un rival. ». Voir **Emmanuelle Kadya TALL**, « De la démocratie et des cultes voduns au Bénin ». In : Cahiers d'études africaines. Vol. 35 N°137, op. cit., p. 4

*dans le pays. De ces savoirs ancestraux était évacuée toute la part magico-religieuse qualifiée de force rétrograde et avilissante » [Tall, 1995, 9].*

En effet, pour amorcer l'économie socialiste <sup>111</sup> du régime politique en place, il fallait déstructurer les derniers bastions de l'obscurantisme avec ses pratiques occultistes. Ainsi, furent dans le collimateur des razzias organisés tous azimuts par les forces de l'ordre sous l'instigation du régime conformément à son idéologie <sup>112</sup> révolutionnaire, les pratiques sorcellaires auxquelles sont vite confondus les rituels de culte, les rites d'initiation, et les thérapies traditionnelles. Mais les effets de ces razzias en termes d'éradication complète de ces pratiques jugées peu propices à l'esprit de la nouvelle modernité ainsi qu'à la santé de l'économie du régime socialiste de Mathieu Kérékou, furent très limités dans les faits. Les pratiques occultes et obscurantistes des couvents, les cérémonies thérapeutiques ou sacrificielles, les rituels de propitiation en cas de maléfices collectifs ont persisté sans coup férir dans les réseaux souterrains méritant ainsi et plus que jamais leur [90] nom de sociétés secrètes. Ensuite, résigné, le régime va s'assouplir dès les années quatre-et-vingts, en changeant de politique

---

<sup>111</sup> C'est le constat fait également par **Francine GODIN** qui rappelle justement comment le socialisme béninois inspiré du marxisme-léninisme entendait plutôt mettre en place une structure étatique neutre pour impulser à bon escient le « *Changement social* » qu'il ambitionnait de réaliser. Ce changement social s'est plus matérialisé par une révolution oppressante et interventionniste faisant de l'État l'acteur principal sinon exclusif de la construction du développement économique du pays. **Francine GODIN** remarque à juste titre que : « *Le socialisme béninois se veut caractériser par la propriété étatique des secteurs importants de l'économie ; la planification d'État et un mode de production intensif où les modes de production antérieurs, pré-capitalistes et capitalistes, sont révolutionnés pour les transformer en mode de production socialiste.* », in **Francine GODIN**, *Bénin 1972-1982 La logique de l'État africain*, Paris, Ed. L'Harmattan, 1986, p. 64.

<sup>112</sup> Cette idéologie marxiste-léniniste fut la ligne de conduite du parti unique, parti de l'État et du gouvernement ce qui peut suffire pour définir un régime totalitaire. Pour **Raymond ARON** : « *Il va de soi que l'on peut considérer comme essentiel, dans la définition du totalitarisme, ou bien le monopole du parti, ou bien l'étatisation de la vie économique, ou bien la terreur idéologique. Le phénomène est parfait lorsque ces éléments sont réunis et pleinement accomplis.* ». In **Raymond ARON**, *Démocratie et totalitarisme*. Collection folio/Essais, Editions Gallimard, 1965, p. 285

vis-à-vis de cette communauté traditionnelle de religieux, de naturopathes ou de tradipraticiens. Ces derniers intègrent de fait l'arène politique des identités sociales dans un mouvement croisé de reconnaissance des légitimités sociale et politique : leur légitimité propre en tant que forces sociales et identitaires par les instances étatiques ; mais également, la légitimité des instances politiques, affermie par les manifestations populaires de soutiens propitiatoires <sup>113</sup> ou politiques des représentants du monde invisible, des sociétés secrètes et de la médecine traditionnelle. Mathieu Kérékou redora ainsi son image de mythe de la révolution, avec toujours à la main son « bâton de commandement » symbole à la fois de la teneur d'un pouvoir secret – à l'image même du caméléon labile, fragile, léger mais stable sur sa branche –, et de bouclier anti-sorcellerie <sup>114</sup> puisque le pouvoir politique attire

<sup>113</sup> **Emmanuelle Kadya TALL** nous donne ici un exemple de ces rites propitiatoires et de leur symbolique politique dans l'espace du débat et des politiques publiques : « *Lors d'une grande sécheresse, Kérékou appelle toutes les confessions à prier pour faire cesser cette calamité. Daagbo Hunon, chef suprême des cultes voduns de « Ouidah », est sollicité pour se rendre à la plage avec un python afin de donner plus de poids à ses prières. Ordinairement, Daagbo Hunon a pour interdit majeur, la vue de la mer où il ne se rend qu'une fois tous les sept ans pour accomplir un voyage mythique dans les profondeurs de l'océan où réside la divinité qu'il honore. Le python – animal protecteur des populations xweda, devenu l'emblème de la ville de Ouidah – n'appartient d'aucune manière au panthéon de la mer, et sa présence sur la plage a dû paraître insolite à plus d'un. En faisant officiellement appel à un chef de culte vodun, M. Kérékou accepte le retour du religieux sur la scène politique.* ». Voir **Emmanuelle Kadya TALL**, « De la démocratie et des cultes voduns au Bénin » In : Cahiers d'études africaines. Vol. 35 N°137, op. cit., p. 5

<sup>114</sup> La réalité socio-anthropologique du phénomène sorcellaire au Bénin fait penser, lorsqu'on interroge la culture locale, à un pouvoir mystique et occulte par lequel le sorcier est capable autant du bien que du mal ; un pouvoir justicier enclin naturellement à la haine, à la jalousie puis la vengeance secrète par voie maléfique et qui de fait inspire crainte et consternation dans l'esprit de ceux qui n'en sont pas prémunis, soit par le pouvoir anti-sorcier d'un initié, soit par une protection mystérieuse, innée, propre à la personne sans que celle-ci puisse pour autant en avoir la moindre conscience ni aucune maîtrise. Dans une acception sociologique [dictionnaire de la sociologie dirigée par **Raymond BOUDON** et alii], la sorcellerie serait : « *Un pouvoir de nuire aux autres par une action spirituelle* » et ne serait pas : « *L'envoûtement produit par le jeteur de sorts, qui utilise des éléments matériels.* ». La position sociale de l'individu, son aura, sa fortune voire ses infortunes multiples et récurrentes

toujours des convoitises. [91] Il s'entoura même des services d'un marabout [homme d'affaire nigérien – Mohamed Cissé – l'un de ses conseillers sous le régime marxiste-léniniste] censé l'avertir et le protéger – grâce à son art mantique réel ou supposé – des coups bas complotés contre lui et contre la sûreté de son régime politique. Après avoir combattu les sorciers en puissance et leurs rituels magiques, le chef de l'État, Mathieu Kérékou, a tôt fait de troquer son bâton de pèlerin à cette image davantage nourrie par les croyances populaires de premier adepte et de soutien inconditionnel des sociétés secrètes. Dans l'imaginaire collectif, son pouvoir politique et autoritaire revêt également une dimension mystique, sorcellaire, capable de nuire à ses adversaires politiques comme le relate ici à juste titre Richard Banégas <sup>115</sup> aux moments forts de la décomposition du régime totalitaire de Kérékou : « *Associé aux forces de mort du pouvoir sorcier, le chef de l'État était violemment mis en cause. Sur la grande-place, la nouvelle statue de Lénine n'avait pas encore été inaugurée. Soudain, un groupe de jeunes se précipita sur le monument, brûlant la bâche qui le protégeait et jetant des pierres sacrilèges sur l'immense sculpture (...). La garde présidentielle intervint, sans parvenir à ramener le calme. Le chef de l'État dut s'interposer en personne. Tenant en main*

---

peuvent nourrir à son encontre des suspicions en termes sorcellaires comme le rappellent encore **Raymond BOUDON** et alii : « *Parmi les critères de reconnaissance des sorciers figurent les écarts par rapport aux normes : les excès d'affection, de pauvreté ou de richesse, la stérilité, l'acharnement dans la lutte pour le pouvoir, la rancœur tenace contre un membre de la famille.* ». Mais la sorcellerie représente aussi un pouvoir d'équilibre et de maintien de l'ordre dans la société. En inspirant peur et consternation, la sorcellerie se pose en contre-pouvoir et en éminence grise de médiation des intérêts sociaux. Ainsi, pour **Raymond BOUDON** et alii : « *La sorcellerie entretient la crainte des déviances et des tensions nocives à la société et joue ainsi en faveur du maintien de l'ordre social. Sociologiquement, elle est sécurisante en ce qu'on s' imagine avoir identifié un mal et pouvoir y remédier. Psychologiquement, elle joue comme abracteur en nommant les motifs d'anxiété et en dérivant l'hostilité vers un facteur précis de nuisance. Idéologiquement elle explique, par l'action d'esprits mauvais, la sélectivité des accidents, des malheurs, des calamités qui frappent les uns et non les autres.* ». Cf. **LAROUSSE RÉFÉRENCES**, in **Raymond BOUDON, Philippe BESNARD, Mohamed CHERKAOUI et Bernard-Pierre LÉCUYER**, (dir.), *dictionnaire de la sociologie*, Edition Larousse-Bordas, 1997, pp. 215-216.

<sup>115</sup> **Richard BANÉGAS**, *La démocratie à pas de caméléon. Transition et imaginaires politiques au Bénin*. Paris, Ed. KARTHALA, 2003, p. 8

*son bâton de commandement orné de son animal fétiche, le caméléon, entouré de ses gardes du corps cubains et vêtu de son ensemble « Mao », Kérékou s'adressa à la foule. Celle-ci recula, dans la crainte de ses pouvoirs surnaturels. ».*

Sous le régime du Renouveau démocratique, son successeur, Nicéphore Soglo <sup>116</sup> dut à son tour se raviser dès le début de son quinquennat marqué par un épisode de maladie « mystérieuse » qui, une fois de plus, raviva dans l'imaginaire collectif, les craintes sempiternelles du pouvoir de nuisance de certains adversaires [92] politiques et affidés agissant dans l'ombre des sociétés secrètes traditionnelles. Le mal dont il a souffert, est resté un phénomène mystique dont la guérison est attribuée au tradithérapeute et roi de Kétou <sup>117</sup>. Richard Banégas <sup>118</sup> évoque, dans les termes suivants, cet épisode morbide du nou-

---

<sup>116</sup> **Nicéphore Dieudonné SOGLO** fut le premier président de la république du Bénin sous le régime du Renouveau démocratique. Arrivé au pouvoir en avril 1991, il n'a pu renouveler son mandat après les échéances électorales présidentielles de 1996 qui ont conduit à nouveau **Mathieu KÉRÉKOU** à la tête du pouvoir de l'État.

<sup>117</sup> **Emmanuelle Kadya TALL**, « De la démocratie et des cultes voduns au Bénin » In : Cahiers d'études africaines. Vol. 35 N°137, op. cit., p. 7 : « *Le chef de l'État semble avoir admis l'hypothèse d'un empoisonnement subi au cours d'une poignée de main, comme en témoignent ses nouvelles manières de saluer d'un bref hochement de tête, les mains jointes à hauteur de poitrine. Radio-trottoir à Cotonou, attribue son rétablissement miraculeux aux bons soins du roi de Kétou.* ».

<sup>118</sup> **Richard BANÉGAS**, *La démocratie à pas de caméléon. Transition et imaginaires politiques au Bénin*. Op. cit., p. 192. Le terme *tchakatou* (une pratique maléfique récurrente dans la collectivité locale des Idaitcha, localité de Dassa au centre du Bénin, mais encore plus au Sud dans le département du Mono) correspond à un phénomène mystique rapporté par certaines personnes qui décrivent la présence mystérieuse dans les viscères de la victime de divers objets souillés et contondants tels que des clous, des morceaux de verre, des lames de fer etc. A ce sujet, Richard Banégas reprend à son compte cette définition de H. V. T. Kiniffo parlant de : « *Missile traditionnel* » qui, selon les croyances populaires, permet aux sorciers d'atteindre leur victime à distance. *Le tchakatou se manifesterait par l'introduction, « sans effraction », de substances solides, voire d'objets dans le corps de la victime (clous, morceaux de fer, débris de verre...).* Voir H. V. T. Kiniffo, « *Corps étrangers dans l'organisme : témoignage d'un chirurgien et essai d'interprétation* », in P.J. Hountondji, (dir.), *Les Savoirs endogènes. Pistes pour une recherche*, Paris,

veau corps ainsi fragilisé du pouvoir présidentiel : « *Entre les deux tours du scrutin présidentiel, Nicéphore Soglo apparut très fatigué, affaibli au point de ne pouvoir mener campagne personnellement. La rumeur parla d'abord de fièvre typhoïde, puis de violente sciatique. Opéré d'urgence à l'hôpital du Val-de-Grâce à Paris, il n'eut pas le loisir de savourer son triomphe et ne put prêter serment que le 4 avril 1991. Pendant plus de quatre mois, le nouveau président resta hospitalisé. De façon croissante, « radio-trottoir » parlait de sorcellerie, d'envoûtement, de **tchakatou** voire de la main de Dieu (...). C'est à cet instant qu'il mesura les contraintes sociales qu'il allait devoir gérer et les alliances qu'il lui faudrait nouer. Lui qui s'était appuyé sans compter sur l'Eglise et les intellectuels catholiques pendant toute la période de transition, comprit qu'il ne pourrait guère gouverner sans l'accord des « forces de la nuit », sans l'assentiment des prêtres du vodun et des chefs traditionnels qu'il cherchera à séduire par la suite.* ».

[93]

Cette opération-séduction des adeptes des sociétés secrètes, du monde de l'invisible et des tenants à divers titres des coutumes et pratiques ancestrales donna lieu à l'organisation d'une journée nationale et internationale de promotion et de valorisation des traditions locales « vodun et autres adeptes des cultes », sous la dénomination de « Ouidah 92 »<sup>119</sup>. Ainsi que le souligne Emmanuelle Kadya Tall<sup>120</sup> : « *D'aucuns ont vu dans l'organisation de « Ouidah 92 », le paiement d'une dette envers la communauté vodouiste, à qui la rumeur attribue la guérison du chef de l'État.* ». Les cultes voduns et leurs adeptes saisissent alors l'occasion de faire une fois de plus la publicité de leur

---

Codesria/Karthala, 1994, pp. 227-242.), une citation de **Richard BANÉGAS**. Selon le tradithérapeute **Philibert Cossi DOSSOU-YOVO** – Entretien du 24 juillet 2010 – : « *Le tchakatou n'est pas une maladie. C'est un envoûtement. C'est une invention avec des produits constitués par des gens qui veulent se venger. Mais il a un antidote et si la victime le prend, quelques secondes seulement après, et cela disparaît.* ».

<sup>119</sup> Ouidah est une ville du Sud Bénin dans le département de l'Atlantique et considérée comme le berceau du vodun. L'apposition 92 faisant ici référence à l'année de la première édition de cette manifestation culturelle.

<sup>120</sup> **Emmanuelle Kadya TALL**, « De la démocratie et des cultes voduns au Bénin ». In : *Cahiers d'études africaines*. Vol. 35 N°137, op. cit., pp. 8 et 12.

pouvoir mystique censé vaincre la maladie et les forces du mal. Pour Emmanuelle Kadya Tall : « *Avec un modèle explicatif unique du malheur et de la maladie, les nouveaux cultes voduns recrutent une clientèle que le discours simplificateur de la sorcellerie comble d'explication et d'espoirs. Leur pouvoir anti-sorciers permet de se fortifier contre les agressions qui empêchent l'individu d'accéder aux richesses de ce monde (...). Le voisin jaloux, l'amant déçu, le collègue envieux sont aujourd'hui les personnages contre lesquels il faut se prémunir pour réussir sa vie.* ».

Les cultes vodun et leurs rituels propitiatoires prennent plus que jamais une place officielle dans l'explication et les moyens traditionnels, susceptibles de prévenir et de faire disparaître les maladies, qu'elles soient supposées naturelles ou d'origine mystique. Le festival international de « Ouidah 92 » semble donc témoigner d'une nouvelle recomposition sociale et culturelle prenant appui sur toutes les formes traditionnelles de la médecine et de l'exorcisme. Pour Richard Banégas <sup>121</sup> : « *On peut voir dans le développement des cultes néo-vodun le vecteur de nouveaux régimes de subjectivité, porteurs de nouvelles représentations de l'individu en société. De manière générale, l'observation de la dynamique de mobilisation monarchique et de réactivation du vodun montre que la réinvention de la tradition constitue un registre important d'énonciation de la modernité, au sein duquel se [94] redéfinissent les critères de l'autorité et s'ajustent, de façon conflictuelle, les principes de légitimité.* ».

Les rituels de propitiation des différentes traditions religieuses participent d'une certaine représentation de la médecine traditionnelle au Bénin pour prévenir ou guérir les maladies. Ce modèle thérapeutique correspond à ce que Jean-Pierre Dozon <sup>122</sup> qualifie de magico-religieux. Pour lui, en effet : « *Ce modèle fait immédiatement sens du côté du traditionnel et, plus exactement, du côté de ce que l'on appelle communément les sociétés traditionnelles qu'incarneraient uniquement, aujourd'hui, les peuples plus ou moins lointains et exotiques de*

<sup>121</sup> **Richard BANÉGAS**, La démocratie à pas de caméléon. Transition et imaginaires politiques au Bénin. Op. cit., p. 490.

<sup>122</sup> **Jean-Pierre DOZON**, « *Quatre modèles de prévention* » pp. 23-46, in **Jean-Pierre DOZON** et **Didier FASSIN**, (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Editions Balland, 2001, pp. 29 et 30.

*l'Afrique et de quelques autres régions de la planète évoluant encore sous l'empire de coutumes ancestrales (...). Le modèle magico-religieux correspond assez bien à l'ensemble des interdictions et obligations, des prescriptions et proscriptions individuelles ou collectives, des pratiques divinatoires et rites propitiatoires assortis souvent de gestes sacrificiels et de confectionnements d'objets de protection que nombre de sociétés anciennes ou traditionnelles actuelles n'ont cessé d'inventer et de mettre en œuvre à l'intérieur de visions du monde où la scène des institutions et des relations sociales interfère constamment avec celle, invisible, de puissances extrahumaines : dieux, génies, esprits, ancêtres, héros, etc. Mais, pour y correspondre assez bien, il ne s'y épuise pas, loin s'en faut. ».*

Malgré l'existence d'une certaine connexité entre ces rituels de propitiation – pour prévenir comme pour guérir – organisés par les adeptes des cultes vodun et assimilés, la tradithérapie ne s'y résume pas pour autant. En effet, il existe également des tradithérapeutes que nous appelons ici des phytothérapeutes et dont l'activité thérapeutique ne procède d'aucun rituel des cultes animistes et vodun mais essentiellement d'une connaissance revendiquée du pouvoir médicinal des plantes, de la macération de leurs feuilles ou de leurs racines. Les phytothérapeutes stricto sensu ne prétendent guère remédier aux affaiblissements du corps humain dont l'origine résiderait dans un envoûtement, un sortilège, ou toute autre cause mystique, surnaturelle. Les maladies qu'ils traitent ou auxquelles ils tentent plutôt [95] de remédier par leur méthode phytothérapeutique, sont des pathologies dont l'étiologie est également bien connue de la biomédecine. Elles concernent exclusivement les affections morbides du corps dont les manifestations pathognomoniques renseignent aisément le phytothérapeute sur le type de maladie et le traitement médicinal approprié. Pourtant, ces phytothérapeutes, du moins certains d'entre eux, développent un point commun avec les autres tradithérapeutes religieux dans la mesure où, ils associent bien souvent au processus de guérison une intervention finalement animiste du pouvoir de la plante ainsi sollicitée. Certains phytothérapeutes estiment que la vertu médicinale des plantes utilisées procède de la présence d'un dieu, d'un génie, par une révélation mystique ou ancestrale et dans tous les cas, animiste. Cette conception se rapproche plus ou moins de la théorie luthérienne de la consubstantiation qui évoque l'idée de la présence divine du Christ

dans le pain et le vin de l'eucharistie. À cette différence près que la présence divine dans la conception des Luthériens au moment de l'eucharistie intervient pour la rédemption de l'âme affligée par les affres du péché alors que l'invocation d'une présence divine ou mystique dans une plante médicinale intervient plutôt pour la guérison du corps affaibli par les affres de la maladie. Qu'ils relèvent du modèle « magico-religieux » ou qu'il s'agisse de simples naturopathes, de soignants herboristes, les tradithérapeutes ne sont plus de nos jours ignorés des organisations internationales en l'occurrence l'OMS comme en atteste cette affirmation de Lelia Pisani <sup>123</sup> et alii : « *En 1978, à la conférence d'Alma Ata, les États membres ont signé un document qui recommandait d'inclure dans les équipes de santé villageoises les thérapeutes traditionnels : « Avec l'appui du système de santé officiel, ces praticiens indigènes peuvent devenir de précieux partenaires dans l'organisation des efforts destinés à améliorer la santé de la communauté. » (OMS, 1978).* ».

Cet appel au niveau international pour la collaboration entre les médecines traditionnelles et la biomédecine est une consécration nouvelle – après les instances nationales des États – de leur complémentarité affirmée. Une complémentarité qui s'impose notamment dans les sociétés en voie de [96] développement afin de répondre un tant soit peu à la pénurie de l'offre de soin biomédical. En effet, dans ces sociétés souvent en déréliction médico-technique, des pathologies ordinairement sans effet léthal continuent pourtant de tuer. Il s'agit aussi dans cette reconnaissance de parvenir à une démocratie médico-scientifique afin de mieux comprendre et surtout de s'informer sur les méthodes thérapeutiques traditionnelles habituellement obscures. Didier Fassin <sup>124</sup> l'exprime pour sa part, en ces termes, reconnaissant ainsi une politique de revalorisation des médecines traditionnelles sous l'instigation de l'OMS : « *Constatant, d'un côté, les insuffisances de la médecine moderne face à l'ampleur des problèmes de santé auxquels sont confrontées les populations des pays en développement,*

<sup>123</sup> Lelia PISANI, Ramata DIAOURÉ, Fadimata WALET OUMAR, « Grossesse et accouchement dans le cercle de Bandiagara », chapitre 4, pp. 107-172 in Piero COPPO, Arouna KÉITA, (dir.), *Médecine Traditionnelle. Acteurs, itinéraires thérapeutiques*, op. cit., p. 110.

<sup>124</sup> Didier FASSIN, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, op. cit., p. 173.

*et estimant, de l'autre, les bénéfiques qui pouvaient être attendus des thérapeutes traditionnels, cet organisme des Nations Unies a entrepris de « revaloriser » ces derniers dans le but de les « intégrer » dans sa politique de soins primaires. Outre la reconnaissance officielle que ce programme impliquait pour des médecines qui avaient plutôt jusqu'alors été dédaignées par les tenants de la modernité, il s'agissait plus concrètement d'identifier des guérisseurs susceptibles de collaborer avec les services sanitaires, d'établir des listes de pharmacopées locales comportant les indications de chaque substance, de rechercher les principes actifs des plantes utilisées (...). L'une des difficultés rencontrées par les promoteurs de cette politique était de trouver les bons guérisseurs. Comment entrer en contact avec eux ? Comment s'assurer de leurs compétences ? Surtout – question lancinante – comment distinguer les vrais thérapeutes traditionnels des charlatans, « séparer le bon grain de l'ivraie », selon l'expression d'un médecin béninois ? ».*

[97]

### ***B\*) Logiques de reconnaissance du pouvoir thérapeutique des médecines traditionnelles***

[Retour au sommaire](#)

Les maux qui taraudent tant la mise en œuvre officielle et définitive de ce projet de complémentarité entre thérapeutes traditionnels et médecins, résident en effet, dans cette question : comment reconnaître le vrai tradithérapeute du thérapeute de pacotille, c'est-à-dire du marchand de misère ou d'illusion qui prétend soulager le corps humain souffrant par une guérison naturelle voire surnaturelle mais dont il n'a aucunement la ressource ? La difficulté d'apporter une réponse rationnelle à cette question conduisait, en 1988, Éric Fassin et Didier Fassin <sup>125</sup> à suggérer que : « *La « médecine traditionnelle », c'est l'ensemble hétéroclite de pratiques et de savoirs ainsi négativement*

---

<sup>125</sup> **Éric FASSIN, Didier FASSIN**, « De la quête de légitimation à la question de la légitimité : les thérapeutiques « traditionnelles » au Sénégal » pp. 207-231. In : Cahiers d'études africaines. Vol. 28-2 N°110. 1988, pp. 209 et 210, [en ligne], texte disponible sur Persée <http://www.persee.fr> [consulté le 26 juin 2010]

délimités. Pour mieux percevoir la domination qui est au fondement de cette définition sociale, on pourrait dire que la « médecine traditionnelle » est à la médecine (et l'on voit ici qu'il n'est pas besoin d'ajouter « moderne », puisque c'est par rapport à cette médecine institutionnalisée que doivent être qualifiées les autres pratiques) ce que la magie est à la religion : dans les deux cas, on ne peut étudier l'une sans l'autre ou plutôt sans faire l'analyse de la relation qui les constitue. C'est ainsi que, dans sa « Sociologie de la religion », Weber (1971 : 429) ne pose la distinction entre religion et magie que pour la récuser et mettre les deux termes aussitôt en relation. ».

Aussi, les thérapeutiques magiques ou encore les magies thérapeutiques donnent-elles du fil à retordre aux organes institutionnalisés des États dans leurs démarches de définition et de légitimation du champ compétenciel des médecines traditionnelles. En d'autres termes, du côté des acteurs de santé publique tout comme dans l'arène politique des pouvoirs publics ou de l'État, l'absence de méthode rationnelle concrète pour discerner le vrai thérapeute traditionnel au pouvoir médical certain, du faux et affabulateur, conduit souvent à une certaine passivité de ces organes institutionnels quand au crédit à accorder de façon officielle aux tradithérapeutes. En revanche, du côté des patients, de leur entourage [98] ou de la population en général, la marche plus ou moins rationnelle voire traditionnellement suivie pour reconnaître le vrai thérapeute traditionnel aux compétences thérapeutiques avérées, se rapproche dans une certaine mesure de la méthode réputationnelle au sens où l'entend Floyd Hunter <sup>126</sup> répondant ainsi à la question historique de « qui détient ou est réputé détenir le pouvoir dans la sphère locale de la production décisionnelle ? ». Le pouvoir étant entendu ici comme une situation de fait, une puissance décisive dans la conduite des affaires sociales. Il peut être économique, politique, notabiliaire. Il peut correspondre au modèle de classification wébérien <sup>127</sup> des trois types possibles de la domination politique à savoir : charismatique, traditionnelle et légale-rationnelle.

---

**Floyd HUNTER**, 1953 - *Community Power Structure. A Study of decision makers*, Chapel Hill, University of North Carolina Press.

<sup>127</sup> **Max WEBER**, *Economie et société*, op. cit. : « Il y a trois types de domination légitime. La validité de cette légitimité peut principalement revêtir : 1) Un caractère rationnel, reposant sur la croyance en la légalité des règlements arrêtés et du droit de donner des directives qu'ont ceux qui sont appelés à exercer

Le pouvoir thérapeutique est charismatique lorsque le thérapeute – mobilisé par les problèmes sanitaires de sa collectivité – exerce sur l'ensemble de cette communauté dont il évoque les valeurs singulières ou intrinsèques, une sorte de fascination à faire croire spontanément en ses pouvoirs exceptionnels de guérison et de protection. En témoignent, les pratiques charismatiques à dessein thérapeutique dans certaines religions tels que le mouvement du renouveau charismatique des catholiques, les liturgies propitiatoires ou d'exorcisation de certaines communautés d'évangélistes ou des Christianistes célestes au Bénin, mais encore le cas de certains adeptes des cultes animistes. Pour l'un de nos enquêtés – Saliou Akobi <sup>128</sup> – : « *Le pouvoir de guérison, ce n'est pas seulement la [99] vertu des plantes. Il y a aussi le pouvoir mystique dont dispose le guérisseur, il y a aussi son charisme.* ».

Il est traditionnel, lorsqu'il se revendique exclusivement des vertus médicinales léguées par les coutumes ou une tradition ancestrale. Phytothérapeutes, tradipraticiens – qu'ils relèvent du modèle magico-système ou simplement de la médecine traditionnelle non mantique –, intègrent tout à fait cette deuxième catégorie. Enfin, il entre dans la sphère du légal-rationnel lorsque son exercice conventionnel, compétenciel et donc professionnel est organisé par les règles de l'administration territoriale de l'État et de la biomédecine. C'est le cas du médecin dans les services hospitaliers et autres structures publiques ou privées des soins médicaux conventionnels. En toute hypothèse

---

la domination par ces moyens (domination légale) ; 2) Un caractère traditionnel, reposant sur la croyance quotidienne en la sainteté de traditions valables de tout temps et en la légitimité de ceux qui sont appelés à exercer l'autorité par ces moyens (domination traditionnelle) ; 3) Un caractère charismatique, [reposant] sur la soumission extraordinaire au caractère sacré, à la vertu héroïque ou à la valeur exemplaire d'une personne, ou encore [émanant] d'ordres révélés ou émis par celle-ci (domination charismatique). ». Cf. **Max WEBER**, « La domination légale à direction administrative bureaucratique », in **Roger TESSIER** et **Yvan TELLIER**, (dir.), *Théories de l'organisation. Personnes, groupes, systèmes et environnement*, chapitre 2, pp. 23-32. Québec : Les Presses de l'Université du Québec, 1991, Collection : Changement planifié et développement des organisations. Tome 3. [Ce texte a d'abord paru dans *Economie et Société*, Paris, Plon, 1971. Publication originale, posthume, 1921.] [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) » pp. 1-2 [consulté le 18 décembre 2009]

<sup>128</sup> **Saliou AKOBI**, Contrôleur général, banque de l'Habitat à Cotonou, département du Littoral – entretien du 05 Août 2010.

se, il est question dans les trois formes de domination du même pouvoir : le pouvoir de guérir ainsi que le remarque Didier Fassin <sup>129</sup> : « *Au guérisseur, au devin, au marabout, au médecin, la société attribue une capacité et une légitimité à agir sur les corps, à combattre les maladies et, dans une certaine mesure, à faire reculer la mort. C'est à ce titre que le malade se met entre les mains du thérapeute, qu'il l'autorise à l'examiner, qu'il accepte sa prescription, qu'il rémunère son acte. Il lui reconnaît, ce faisant un pouvoir particulier : celui de le guérir.* ».

Mais la réputation de détenir une puissance thérapeutique traditionnelle ou charismatique au sein d'une communauté, suffit-elle pour apprécier l'objectivité, la rationalité et l'empirisme des savoirs thérapeutiques mis en œuvre par le soignant ? L'une des principales critiques à la méthode réputationnelle est ainsi, de par sa subjectivité, de confondre l'apparence à la réalité, la réputation à la vérité, la virtualité d'un phénomène à ce qui existe vraiment. Or, comme tend à le démontrer Robert Dahl <sup>130</sup> dans sa théorie décisionnelle qui réfute, pour ainsi dire, la méthode réputationnelle, le vrai détenteur du pouvoir de décider pour gouverner, de délivrer pour guérir, n'est aucunement celui qui en détient une certaine influence, ni positionnelle, ni réputationnelle, mais celui qui participe effectivement à l'élaboration de la décision à l'intérieur d'un modèle polyarchique [100] de démocratie pluraliste. Bien que cette méthode réputationnelle ait fait l'objet de tant de critiques révélant ainsi la subjectivité voire les limites de ses critères d'appréciation, [Robert Dahl, 1971] elle correspond pourtant ici au modèle explicatif et motivationnel des parcours de soins sous la bannière des tradithérapeutes. Elle peut donc servir amplement de schème transcendantal pour rendre compte des logiques d'un système de soins médicaux fortement pluraliste.

La réputation de disposer d'une certaine puissance thérapeutique est, par ailleurs, construite au profit des individus qui jouissent au sein d'une collectivité territoriale donnée, d'un capital à la fois culturel et

---

<sup>129</sup> **Didier FASSIN**, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, op. cit., p. 123.

<sup>130</sup> **Robert A. DAHL**, 1961 - *Who governs ? Democracy and Power in an American City*, New Haven, Yale University Press, [traduction française par Pierre Birman et Pierre Birnbaum, *Qui gouverne ?* Paris, A. Colin, 1971].

social pour reprendre ici une expression consacrée de Pierre Bourdieu <sup>131</sup>. Un capital culturel reconnu, en termes de capacités exceptionnelles inhérentes à la personne du thérapeute pour l'acquisition et la reproduction des savoirs médicaux ou ancestraux par voie initiatique ou par voie de consécration religieuse. En effet, le pouvoir de guérir du thérapeute traditionnel ou le pouvoir de délivrer du thérapeute charismatique est avant tout revendiqué par ces derniers toujours comme un pouvoir par le savoir – culturel, thérapeutique, culturel –, qu'il soit divin ou ancestral. Un capital social, en outre, car, au Bénin comme en Afrique subsaharienne, le pasteur charismatique aux dons exceptionnels de délivrances des forces du mal ; le marabout, le tradithérapeute de grande notoriété pour leurs actions de guérison et de protection contre les atteintes maléfiques à l'instar du roi de Kétou, disposent chacun, dans l'arène politique des pouvoirs publics, de leur réseau d'acointances personnelles. De la sorte, à leur renommée de thérapeutes peut s'adjoindre une notoriété soit d'intellectuels, de thérapeutes savants, spécialistes de telles ou telles maladies et qui se font appeler professeur ou docteur de la médecine traditionnelle ; soit d'hommes liges des acteurs et entrepreneurs politiques mais toujours, dans une interdépendance consentie de leurs deux pouvoirs : thérapeutique voire mystique pour les uns, politique et économique pour les autres. Ainsi, comme le rappellent Ginette Paquet et Benoit Tellier <sup>132</sup> : « *Le capital social est aussi envisagé [101] comme une ressource qu'un individu peut « posséder » et dont il peut user : réseaux d'amis ou de connaissances, savoir-faire social, influence sociale par le biais de l'adhésion à des organisations civiques ou communautaires.* ».

Enfin, sur le terrain de la légitimité officielle, non plus en termes de domination traditionnelle ou charismatique mais simplement en

<sup>131</sup> Pierre BOURDIEU, « Les trois états du capital culturel ». In : Actes de la recherche en sciences sociales. Vol. 30, novembre 1979. L'institution scolaire pp. 3-6, [en ligne], disponible sur Persée <http://www.persee.fr> [consulté le 14 juillet 2010]

<sup>132</sup> Ginette PAQUET et Benoit TELLIER, « Les facteurs sociaux de la santé », in Vincent LEMIEUX, Pierre BERGERON, Clermont BÉGIN et Gérard BÉLANGER, (dir.), *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*. Chapitre 3, pp. 65-89. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2003, [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », pp. 30 et 31, [consulté le 07 décembre 2009]

termes de reconnaissance sociale, les thérapeutes traditionnels ne défendent pas tous les mêmes perspectives. D'aucuns conçoivent leurs rapports de complémentarité avec la médecine conventionnelle dans une autonomie parfaite et dans le secret de leur méthode propre. Ces thérapeutes traditionnels qui occupent déjà une place de renom et de garants authentiques des thérapeutiques traditionnelles au sein de leur communauté, ne recherchent donc pas spécialement ni spontanément une passerelle de légitimation officielle de leurs thérapeutiques à l'instar de la médecine conventionnelle. Fort de son capital social dans son espace communautaire, le thérapeute tire plutôt profit de sa légitimité traditionnelle pour se positionner en concurrent de la médecine conventionnelle dont il ne manque pas ici de dénoncer le caractère exclusif. En concurrent, le thérapeute traditionnel tire prétexte des échecs thérapeutiques de la biomédecine dans des domaines aussi variés que vagues tels que le traitement du sida, de la folie, des envoûtements délétères ou morbides. En concurrentes, les thérapeutiques traditionnelles prônent le retour aux valeurs ancestrales de la médecine dont la pratique authentique ne peut selon ses tenants, souffrir de dénaturation d'aucune sorte. Ainsi par exemple de Jacob Katchon <sup>133</sup>,

---

<sup>133</sup> **Jacob KATCHON** est un tradithérapeute réputé de Gouka, arrondissement de la commune de Bantè, département des Collines au Bénin. Agé de plus de 90 ans maintenant, il compte plus d'une soixantaine d'années de pratiques et d'expériences en tant que guérisseur ou praticien invétéré de la médecine traditionnelle. Compte tenu de sa fatigue liée à son âge avancé, l'entretien avec lui fut soutenu et éclairé par l'un de ses enfants – **Hilaire KATCHON** – Entretien réalisé le 19 juillet 2010. Sa pratique de la médecine traditionnelle est partagée entre phytothérapie et médecine mantique lui conférant des pouvoirs thérapeutiques exceptionnels mis en œuvre non seulement pour guérir, mais encore pour contrer des attaques mystiques ou sorcellaires. S'il réfute d'appuyer ses méthodes par des rituels votifs ou sur un certain fétiche familial, il se revendique néanmoins chasseur disposant comme tout chasseur des sociétés traditionnelles, d'un socle de savoirs en phytothérapie, d'une connaissance ou sagesse d'ordre mystique et que son silence presque hermétique sur le mécanisme entend préserver tout le secret pour ne pas la décomposer c'est-à-dire la dénaturer, la troubler. Dans son parcours professionnel de thérapeute traditionnel, il revendique avoir « sauvé de la maladie et de la mort », autant dire traité avec succès, d'innombrables patients qui ont accouru vers lui en provenance de tous les coins du pays, (des villes et des campagnes) sur incitation de leurs familles ou des médecins et des infirmiers, si ces derniers ne lui ont pas fait directement appel en venant le chercher : « *Si les « docteurs » c'est-à-dire les médecins, infirmiers et aides-soignants pour la traduction*

[102] nonagénaire, thérapeute traditionnel de son état, dont la renommée de guérisseur surplombe les agglomérations urbaines et rurales du pays depuis sa terre natale : la ville de Gouka. Tout comme les autres tradithérapeutes, Jacob Katchon entretient le mystère propre aux sociétés secrètes sur le mécanisme même de ses différentes thérapeutiques. Tout au plus, il se répand en énumération d'un certain nombre de ses exploits thérapeutiques tels que des accouchements dystociques apaisés et transfigurés en eutociés par ses formules propitiatoires et ses plantes médicinales ou quelques composés extemporanés ; des protections contre sortilèges ou encore des délivrances d'atteintes morbides, autrement dit, des possessions maléfiques, et parmi les cas les plus ordinaires : le traitement des hernies, du paludisme, la fièvre jaune, des plaies torpides souvent attribués à une revanche sorcellaire, mais en concédant pourtant des cas où la mort a fini par avoir raison sur la thérapie administrée. Nous constatons que pour cette catégorie de thérapeutes traditionnels à l'instar de Jacob Katchon ou encore du roi de Kétou, n'est pas revendiqué, le besoin de reconnaissance par une officialisation de leur pratique dans la médecine conventionnelle où domine la rhétorique de l'écrit scientifique, autant dire, dans le légal-rationnel où la règle est avant tout la falsifiabilité des propositions thérapeutiques défendues. Or, ce critère de scientificité des méthodes qui s'applique à la médecine comme dans tout autre domaine de la science, s'avère contre-productif pour les thérapeutes à grand prestige traditionnel mais encore dépositaires des valeurs et secrets d'un ordre mystique à caractère oral et incantatoire. Pour eux, la vérité ancestrale de leur médecine ne s'accommode ni d'une quelconque falsifiabilité, ni de quelque expérimentation de leurs méthodes et techniques thérapeutiques. Elle est plutôt indécidable. Il faut y croire. Il faut succomber à l'émerveillement. À tous les émerveillements. Du thérapeute lui-même, de son charisme, de ses thérapeutiques. Il faut y croire pour guérir. La foi fait ici acte de guérison. Pour eux, l'équation reconnaissance par officialisation des complémentarités entre médecines « traditionnelle » et « moderne » n'équivaut nullement à leur reconversion en contractuels de l'État et de ses services de soins primaires au ni-

---

d'usage, « sont en difficulté, ils font recours d'urgence à mes soins, ici à Gouka, même à Cotonou, Porto-Novo, Savalou, Abomey, Kétou, Agoua, Bantè, Pira, Bobè, etc. y compris ceux qui ont émigré dans les pays de la sous-région ou en Europe en France par exemple. ».

veau communautaire. Leur prestige de thérapeutes traditionnels en prendrait un coup. La complémentarité souhaitable pour eux est dans la renaissance nécessaire des [103] médecines traditionnelles à côté de la médecine moderne. Autant dire, la complémentarité souhaitable selon les thérapeutes traditionnels, ne doit point tuer ce qu'il y a de mystique ou d'ancestral dans les thérapeutiques traditionnelles en empruntant l'écrit ou la voie des échanges sur les méthodes de soins. Le mystère, la mystique restent en l'occurrence des alliés inconditionnels de la médecine traditionnelle. C'est l'une des difficultés pour réaliser cette initiative de l'OMS sur la complémentarité des médecines « traditionnelle » et « moderne » dans les pays en développement où la couverture médicale et sanitaire est largement inférieure aux demandes de soins médicaux. En effet, la complémentarité souhaitable entre ces deux modèles de médecine veut bien dire ici conjugaison de leurs méthodes thérapeutiques. Mais précisément comment opérer cette conjugaison, ce rapport dialogique entre deux médecines que tout oppose diamétralement ? La rationalité et l'empirisme commandent le fonctionnement de l'une – la médecine moderne – l'intuition et l'empathie fondent les traits caractéristiques de l'autre – la médecine traditionnelle –.

Toutefois, d'autres thérapeutes tirent plutôt argument de la complémentarité pour rechercher une reconnaissance sociale aussi bien nationale qu'internationale de leurs thérapeutiques. Pour ces derniers, le besoin de reconnaissance n'est pas tant la complémentarité au sens de l'OMS en 1978 à Alma Ata, mais la légitimité par validation officielle de leurs produits médicinaux et de leurs thérapeutiques, en ce qui concernent notamment certaines maladies à grands spectres endémiques. Entre mercatique politique pour s'immiscer dans le circuit conventionnel de la médecine en élargissant ainsi leur marché thérapeutique, et la quête d'une nouvelle aura de mystère qu'ils ne retrouvent pas dans les sphères traditionnelles des thérapeutiques, Éric et Didier Fassin, à leur sujet, souscrivent, à cette proposition assertorique qu'ils défendent en ces termes : « *Pour les thérapeutes, plus faibles est la légitimité traditionnelle, plus fort est le besoin de reconnaissance officielle (...). Les thérapeutes qui acceptent de solliciter une reconnaissance nouvelle du côté du champ médical sont ceux qui n'ont*

*plus rien à attendre en fait de légitimité [104] traditionnelle : là où d'autres n'auraient rien à gagner, eux n'ont rien à perdre.* » <sup>134</sup>.

Cette dernière catégorie de thérapeutes que nous qualifions à dessein de néo-traditionnels<sup>135</sup> – pour reprendre ici une expression de l'anthropologue et médecin Alice Desclaux –, s'inspire de la tradition dont ils évoquent certes un héritage culturel, mais en se réclamant également de la rationalité scientifique de leurs thérapeutiques néo-traditionnelles. Ils adoptent, pour ainsi dire, dans leur champ thérapeutique, une attitude syncrétique qui, pour prouver ou justifier leurs produits et procédés médicaux, emprunte à la biomédecine le critère de rationalité expérimentale, c'est dire, par la recherche et l'expérimentation de leurs techniques dans des instituts<sup>136</sup> de formation ou des laboratoires dits de recherche en médecine traditionnelle ou naturelle. Le même constat est souligné par Didier Fassin<sup>137</sup> lorsqu'il affirme que : « *Guérisseur ou médecin, matrone ou infirmière, le thérapeute occupe une fonction déterminée consistant à prendre en charge le corps en souffrance. Comme les exemples africains et andins (...) l'ont montré, des individus qui font reconnaître par la société leur compétence de soignants tendent de plus en plus à faire de l'activité thérapeutique leur activité principale, sinon exclusive, et à l'organiser à travers des associations, des diplômes, des enseignements, soit qu'ils en prennent eux-mêmes l'initiative, soit qu'ils en-*

<sup>134</sup> **Éric FASSIN, Didier FASSIN**, « De la quête de légitimation à la question de la légitimité : les thérapeutiques « traditionnelles » au Sénégal ». In : *Cahiers d'études africaines*. Vol. 28-2 N°110. 1988 op. cit., pp. 215 et 218

<sup>135</sup> Ces thérapeutes néo-traditionnels ont un profil social varié : parmi eux, on peut, aussi bien retrouver des guérisseurs traditionnels ayant en outre une activité aratoire, que des intellectuels reconvertis aux valeurs traditionnelles, des botanistes et médecins prônant à la fois les principes et valeurs de la biomédecine et de la médecine traditionnelle.

<sup>136</sup> Entretien du 24 juillet 2010 avec le tradithérapeute **Philibert Cossi DOS-SOU-YOVO** : « Je forme des guérisseurs et des personnes voulant compléter leurs connaissances en médecine traditionnelle. La première année se fait en 6 mois ; la deuxième année en 3 ans ; la troisième en 6 ans. Après 20 ans de formation, l'initié devient savant en médecine traditionnelle et après 25 ans d'initiation il est professeur. ». C'est le cas également de l'ONG Institut de Recherche en Naturothérapie que dirige le thérapeute **Aziadomè KOGBLÉ-VI**.

<sup>137</sup> **Didier FASSIN**, L'espace politique de la santé. Essai de généalogie, op. cit., p. 158

*trent dans des dispositifs mis en place par des organismes nationaux ou internationaux.* ».

Ces thérapeutes néo-traditionnels n'hésitent pas alors à recourir à la nomenclature biomédicale pour établir l'étiologie de telle ou telle maladie. En témoigne le néo-tradithérapeute [105] Aziadomè Kogblévi <sup>138</sup> dont nous reprenons ici un passage de sa récente publication sur le foie. Pour ce thérapeute qui affirme être uniquement spécialisé dans la thérapie des affections hépatiques et plus globalement du « système hépato-gastro-entérique » <sup>139</sup>, le foie ou plutôt son « dérèglement » peut être à l'origine de plusieurs maladies qu'il souligne dans une longue énumération sans, pour autant, en préciser l'effet de corrélation étiologique : « *Mauvaise digestion, constipation et diarrhée, appendicite, diabète, obésité ou maigreur, anémie, colibacilloses, inflammation, fermentation et spasmes intestinaux, frilosité, déminéralisation, trouble de l'ouïe et de la vue, maladie de la peau et problèmes de pigmentation, artériosclérose et rhumatismes, hypertension artérielle, sinusite, rhume et bronchite chronique, asthme, rhume des foins, autres manifestations allergiques, jambes enflées ou rouges, déséquilibre glandulaire, faiblesse musculaire, pieds plats, varices, hémorroïdes, stérilité et impuissance, cellulite, dépressions, règles problématiques, paralysie par sclérose, tuberculose, cancer.* ». Après cette énumération non exhaustive selon le thérapeute traditionnel inspiré de Rika Zarái <sup>140</sup>, auteur de « *Ma médecine naturelle* », le naturothérapeute Aziadomè Kogblévi reprenant toujours à son compte les

<sup>138</sup> **Aziadomè KOGBLÉVI**, *Seul le foie sauve*, Cotonou, 2<sup>e</sup> Edition de l'ONG Institut de Recherche en Naturothérapie, 2009, pp. 16 et 17. L'auteur tradithérapeute né en 1946, est agro-pédologue, microbiologiste de sol, ancien député et ministre de l'environnement, de l'habitat et de l'urbanisme, professeur à l'université d'Abomey-Calavi (Bénin), directeur de l'ONG Institut de Recherche en Naturothérapie.

<sup>139</sup> Affirmations du tradithérapeute **Aziadomè KOGBLÉVI**. Pour lui, le foie et le système immunitaire se comportent comme des associés et le dérèglement de l'un affecte le fonctionnement de l'autre. Ses thérapeutiques sont des produits à base de miel et de décoctions des plantes ayant la vertu soit d'un antivenin ou antipoison, soit d'un antiviral voire un anti-cancer pour ce qui concerne les tumeurs mammaires au stade précoce de leur survenue – Entretien du 19 août 2010.

<sup>140</sup> **Rika ZARAÏ**, *Ma Médecine Naturelle*, Michel Lafon/Carrère, 1985, note de l'auteur **Aziadomè KOGBLÉVI**.

affirmations de Rika Zarái présente en ces termes ce qui d'après la médecine naturelle serait les signes cliniques du dérèglement ou de la fatigue du foie : « *Langue pâteuse et haleine forte, nausées ou sensation de mal au cœur, ballonnement et gaz putrides, migraines et lourdeurs de la tête, insomnies et troubles du sommeil, urines chargées ou trop claires, teint jaune et regard trahissant la fatigue, nez rouge et taches foncées sur le visage.* » <sup>141</sup>.

[106]

Ce sont là autant de maux, en guise d'étiologie médicale impliquant un certain fonctionnement anormal du foie et qui parlent de la médecine traditionnelle ou de médecine naturelle mais tant et plus avec des mots <sup>142</sup> de la médecine moderne. Le moyen d'y remédier passe essentiellement par l'observation d'une hygiène de vie conseillée <sup>143</sup> aux personnes concernées par cette affection ; des méthodes thérapeutiques plutôt douces ou non invasives au contraire de certaines méthodes de soins propres à la médecine moderne. Christine Du-

<sup>141</sup> Aziadomè KOGBLÉVI, *Seul le foie sauve*, ibidem, p. 17

<sup>142</sup> Le sociologue et médecin Didier FASSIN fait à ce titre la description suivante du champ médical africain en termes de « concurrence et référence », c'est-à-dire, un champ à la fois concurrentiel et syncrétique dans ses méthodes : « *En réalité, dans les sociétés africaines et andines, le champ médical est hautement concurrentiel, même si, à la différence de ce qu'il est dans les pays occidentaux, il demeure hétérogène dans sa composition, juxtaposant des agents qui suivent des paradigmes totalement distincts. La réaction des hommes de savoir traditionnel à cette situation de concurrence n'est pas univoque. D'un côté, ils vont multiplier les commentaires critiques à l'égard des médecins et les anecdotes où les échecs de la médecine moderne sont patents. De l'autre, ils vont en adopter certaines des pratiques, dans le but d'asseoir leur propre position, en utilisant des termes scientifiques, recourant à des technologies modernes, se groupant en associations, développant des modes nouveaux de communication et de publicité. Mais dans l'un et l'autre cas, en les plaçant sur le terrain de leurs concurrents, leurs stratégies participent de la constitution du champ médical.* », in Didier FASSIN, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, op. cit., p. 162

<sup>143</sup> Ainsi, pour le naturothérapeute Aziadomè KOGBLÉVI, en cas de dérèglement du foie, il faut : « *Vivre au grand air, se livrer régulièrement à des exercices physiques non violents, la marche en est une belle illustration, bien dormir, régler ses petits problèmes avant d'aller au lit, ou les laisser pour le lendemain (...).* ». In Aziadomè KOGBLÉVI, *Seul le foie sauve*, ibidem, p. 18

rif-Bruckert <sup>144</sup> considère en l'occurrence que : « *L'efficacité thérapeutique (ou informative) est étroitement dépendante du travail de collaboration et de partage entre le soignant et le patient, l'expert et l'usager. Plus fondamentalement encore, elle dépend du respect du corps tel qu'il est parlé, vécu et éprouvé. Respect de ses rythmes, mais aussi de ses expressions baroques et fantaisistes, qui déjouent les logiques biomédicales de la mesure et de la quantification.* ».

Ainsi, l'hygiène alimentaire, et quelques règles ou pratiques d'une ascèse médicale naturelle constituent les préceptes mis en avant par ces tradithérapeutes. Les médecines néo-traditionnelles en empruntant à tous les registres des thérapeutiques possibles – modernes, traditionnelles, naturelles – tentent de s'imposer ici comme alternative possible et nécessaire à la médecine moderne. C'est encore dans le rang de ces thérapeutes néo-traditionnels à l'instar de [107] Philibert Dossou-Yovo <sup>145</sup> que certains revendiquent même – par voie de presse ou par conférences hyper-médiatisées –, la mise au point d'un médicament susceptible de traiter définitivement le sida. Alice Desclaux <sup>146</sup> l'affirme ainsi clairement : « *Les thérapeutes néo-traditionnels ont cependant recours aux modes de légitimation du secteur biomédical : évocation de la confidentialité et de l'éthique médicale pour justifier l'absence de transparence ; conférences de presse articulées avec des communications au cours de conférences internationales et intégrées dans d'habiles « plans médias » ».*

D'autres, beaucoup moins catégoriques dans leurs affirmations, revendiquent pour le compte de leur pharmacopée traditionnelle, la découverte d'un remède aux propriétés antirétrovirales contre le VIH/sida. Autrement dit, leur découverte médicinale en l'espèce, aurait les mêmes effets que les antirétroviraux mis au point dans l'état actuel de la recherche biomédicale. Ainsi par exemple des produits

---

<sup>144</sup> **Christine DURIF-BRUCKERT**, « Un aspect de la crise du système de santé et des soins : l'oubli des savoirs ordinaires » pp. 105-120, in **Jean-Pierre CLAVERANNE, Claude LARDY**, (dir.), *La Santé demain. Vers un système de soins sans murs*. Ed. ECONOMICA, 1999, p. 117

<sup>145</sup> Tradithérapeute, cf. supra

<sup>146</sup> **Alice DESCLAUX**, *Les antirétroviraux en Afrique. De la culture dans une économie mondialisée*. In revue : *Anthropologie et sociétés*, vol. 27, n° 2, op. cit., [en ligne], disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie Tremblay) », p. 24

phytomédicaments « Api-Bénin » <sup>147</sup> qui seraient des antirétroviraux traditionnels. Plusieurs découvertes dans la même perspective alimentent un peu chaque jour la presse, l'espace public et l'espoir de tant de malades et séropositifs « prêts à tout essayer ». Ce marché concurrentiel des soins où les thérapeutiques néo-traditionnelles <sup>148</sup> rivalisent tant soit peu avec le modèle biomédical conduit Alice Desclaux à soutenir que : « *La production de médicaments néo-traditionnels est sans doute le fait « d'entrepreneurs » particulièrement habiles à repérer les déficits d'accessibilité créant des marchés à conquérir, et à manipuler les références culturelles, dans une logique combinant utilité, reconnaissance sociale et profit. Les discours de professionnels de santé africains qui les soutiennent, souvent sans avoir d'intérêt matériel direct dans la production de ces traitements, [108] reprennent les mêmes thèmes, et revendiquent une pratique africaine de la science au travers de la production scientifique de médicaments spécifiques. Ainsi, les médicaments néo-traditionnels semblent s'installer dans des espaces laissés vacants par la biomédecine et récemment ouverts par la construction sociale des antirétroviraux.* » <sup>149</sup>.

En témoigne, ici, le « Linkpéyo » – remède médicinal ou virucide néo-traditionnel en puissance contre le sida – du tradithérapeute Philibert Cossi Dossou-Yovo <sup>150</sup> qui se fait communément appeler « *La*

<sup>147</sup> Les produits néo-traditionnels « Api-Bénin » sont essentiellement à base de miel et de la cire d'abeille. Ces produits sont vendus au Bénin comme dans certains pays de la sous-région ouest-africaine dans des officines pharmaceutiques et dans des points de vente spécialisés dans cette pharmacopée néo-traditionnelle. Une variété de ces produits, dénommée « Api-palu » est réputée efficace pour le traitement du paludisme. Cf. **Éric GANGNIAHOSSOU**, directeur commercial Api-Bénin – Entretien du 19 août 2010.

<sup>148</sup> Voir en annexe 1, le document n°1 : une illustration en image d'un échantillon de médicament néo-traditionnel, une production du Groupe Api-Bénin, un phytomédicament connu sous l'appellation assez évocatrice de : « Api-palu ».

<sup>149</sup> **Alice DESCLAUX**, Les antirétroviraux en Afrique. De la culture dans une économie mondialisée. In revue : *Anthropologie et sociétés*, vol. 27, n° 2, op. cit., [en ligne], ibidem.

<sup>150</sup> Le tradithérapeute **Philibert Cossi DOSSOU-YOVO** est l'exemple-type de ces thérapeutes néo-traditionnels de plus en plus nombreux au Bénin. Secrétaire autodidacte mis en disponibilité, il est responsable des guérisseurs en collaboration à Porto-Novo avec le centre hospitalier départemental de l'Ouémé. Entretien réalisé le 24 juillet 2010.

*feuille et non le fétiche* »<sup>151</sup>. L'efficacité supposée de ce produit présenté par son fabricant comme un virucide traditionnel n'est mise en évidence par aucune expertise, ni biomédicale – par des analyses chimiques, moléculaires ou biologiques concordantes sur la présence avérée ou non de substance active antivirale voire antirétrovirale – ni sociologique – à partir d'une monographie de la situation d'une fraction représentative de personnes séropositives soumises à ce traitement et validant la rémission possible de leur séropositivité voire la neutralisation du virus du VIH/sida comme le prétend le thérapeute néo-traditionnel Dossou-Yovo. En l'absence d'étude expertale et scientifique sur l'efficacité de ce produit médicinal et de tant d'autres encore à l'estampille de tant de tradithérapeutes, les instances publiques et sanitaires – y compris le Laboratoire National de Contrôle de Qualité des médicaments (LNCQ) –, ne manifestent aucun parti pris. Les seules réactions officielles se traduisent par une injonction faite aux détenteurs de remèdes à base de plantes médicinales de soumettre leurs produits – médicaments néo-traditionnels – à des tests d'efficacité et d'innocuité mis en œuvre par l'OMS. C'est dans ce contexte de rationalité scientifique et de bioéthique appliquées à la médecine de façon générale, que prennent sens les affirmations suivantes de l'épidémiologiste et médecin de santé publique, directeur national de la Protection [109] Sanitaire, Laurent Assogba<sup>152</sup> : « *Les organes publics, le Ministère de la santé n'accordent aucun crédit aux médicaments de la médecine traditionnelle qui n'ont pas été attestés comme efficaces par l'OMS. Nous avons demandé à tous ces tradithérapeutes qui vendent à grand renfort d'annonces publicitaires leur remède médicinal, de se rapprocher de nous, pour qu'on fasse vérifier leur composition exacte ainsi que l'innocuité des substances végétales ou animales utilisées. Mais ces derniers refusent et ne veulent pas collaborer. Nous, notre mission, c'est de sensibiliser aussi les*

<sup>151</sup> « La feuille et non le fétiche » car pour **Philibert C. DOSSOU-YOVO**, « C'est toujours la feuille car la prière ne guérit pas. Pour la prière, c'est une affaire de croyance et moi je ne crois pas aux vertus thérapeutiques de la prière. Vous savez, la plupart des maladies, c'est toujours un problème d'alimentation, de nourriture ou de climat. ». Entretien réalisé le 24 juillet 2010, op. cit.

<sup>152</sup> **Laurent Aholofon ASSOGBA**, épidémiologiste, médecin de santé publique, actuel Directeur National de la Protection Sanitaire (DNPS), Ministère de la Santé, Chevalier de l'Ordre National du Bénin. Entretien du 29 juillet 2010.

*populations en disant : attention ! Danger, car nous sommes actuellement confrontés à plusieurs cas d'insuffisance rénale et d'autres complications à cause de ces médicaments de la médecine traditionnelle qui n'ont reçu aucune attestation d'efficacité et d'innocuité. L'interdiction par la HAAC <sup>153</sup> des publicités, à grand renfort de presse, à ces médicaments traditionnels, doit être formelle et des sanctions doivent être infligées à l'encontre de tous ceux qui continuent ainsi de vendre ces placebos. Certains de ces tradithérapeutes ne respectent aucune déontologie et leurs remèdes traditionnels sont, pour beaucoup, sujets à caution, même si, nous sommes d'accord pour dire qu'il existe des feuilles ou des plantes qui ont des vertus médicinales. ».*

En effet, la problématique du sida et ses thérapeutiques est un enjeu qui dépasse le cadre national des politiques publiques en matière de santé. C'est un enjeu des mobilisations internationales pour la santé publique dont l'un des promoteurs est l'OMS. En recherchant une complémentarité souhaitable des médecines « traditionnelle » et « moderne » pour renforcer les soins de santé primaires dans les pays en développement, l'OMS ne s'attendait pas, pour le moins, à voir émerger de par le monde et surtout en Afrique subsaharienne, une série de demandes de validation des thérapeutiques néo-traditionnelles supposées préventives et curatives du VIH/sida, voire de certains cancers. Derrière ces mouvements de néo-traditionnels se trouve en réalité une vraie revendication dans [110] l'exercice de la médecine, du pouvoir thérapeutique néo-traditionnel dans les pays du Sud, face au pouvoir thérapeutique moderne des puissances du Nord. Valentin Agon <sup>154</sup>, défenseur d'une reconnaissance internationale des thérapeutiques africaines, fait le constat suivant pour justifier la nécessité d'apporter des thérapeutiques nouvelles ou complémentaires à côté de la biomédecine : « *L'Afrique est malade, mais elle attend le Nord*

<sup>153</sup> HAAC : Haute Autorité de l'Audiovisuelle et de la Communication – république du Bénin. Cf. infra.

<sup>154</sup> Valentin AGON, Pourquoi et comment constituer les États-Unis d'Afrique ? Pourquoi l'Afrique reste en retard pour son développement ? L'appel à l'intelligence du devoir de l'audace d'être nous-mêmes, 10 BP. 546 Cotonou-Houéyiho Bénin, Les Éditions de : Afrique-Emergence, 2008, p. 49, [en ligne], document disponible sur le site web [www.afrique-emergence.com](http://www.afrique-emergence.com), [consulté le 19 août 2010]

*pour se soigner, tant que son messie occidental ne décide de lui offrir les moyens de traitement de ses multiples et multiformes maladies, elle n'a pas de choix, elle assiste à la mort massive et quotidienne de ses fils qui sont condamnés à subir ce sort de vivre dans un espace de désolation et de démission collective. C'est plus qu'une catastrophe humanitaire, c'est une tragédie, si l'on considère le drame qui se vit en Afrique quand on pense au domaine de la santé. Les chiffres font trembler quand on pense aux victimes du SIDA et du paludisme en Afrique et principalement dans sa partie subsaharienne. ».*

Les thérapeutes néo-traditionnels se servent ici de l'argument de complémentarité pour réclamer aux instances nationales et internationales de santé publique, une place de collaborateurs à part entière dans les services de soins médicaux. De la même manière, ils réclament pour leurs produits thérapeutiques néo-traditionnels des contrôles de certification à l'instar des produits émanant des officines pharmaceutiques. « La collaboration et non la concurrence » affirme le néo-traditionnel Philibert Cossi Dossou-Yovo qui ne comprend pas alors le silence ou les réticences des autorités sanitaires sur le contrôle d'efficacité tant sollicité par certains tradithérapeutes, aux fins de voir certifier la qualité de leurs thérapeutiques néo-traditionnelles. De fait, ces réclamations de certification des thérapeutes traditionnels correspondent à une demande stricto sensu de labellisation de leurs produits néo-traditionnels par les autorités sanitaires. Aussi, font-ils eux-mêmes obstacle, pour la plupart, à toute analyse-test de l'efficacité et de l'innocuité des composants moléculaires de leurs remèdes traditionnels par obscurantisme ou par crainte des concurrences déloyales. Cette [111] situation ne manque pas de favoriser un brandon de discorde entre les acteurs de la biomédecine et ces néo-représentants de la médecine traditionnelle qui n'hésitent pas alors à crier au complot <sup>155</sup> des États ou des lobbies médicaux et pharmaceutiques pour

---

<sup>155</sup> Nous reprenons ici les affirmations du tradithérapeute **Philibert C. DOSSOU-YOVO** – entretien du 24 juillet 2010 – : « *Les gens (parlant ainsi des médecins ou des lobbies médicaux) ne veulent pas collaborer avec moi. Ils refusent la validation de mes produits thérapeutiques sous prétexte d'un conflit d'intérêt. Mes produits utilisent les vertus thérapeutiques de la nature. Ils sont à base de plantes ou d'animaux (oiseaux etc.). Je n'arrive pas à collaborer avec la médecine conventionnelle car je suis contre le pillage. Pour valider mes produits, ils me demandent de donner mes recettes, de leur communiquer*

fait de non-concurrence. De fait, c'est le problème de la sécurité sanitaire qui émerge dans ces nouveaux rapports plus ou moins conflictuels entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne. Ces problématiques de sécurité sanitaire intègrent le champ des politiques publiques en matière de santé et leur élaboration. Cette formulation des politiques publiques sanitaires commencent ici avec la mise à l'agenda<sup>156</sup> suite à l'émergence de nouvelles thérapeutiques traditionnelles caractéristiques d'une situation-problème qui, dès lors, impose des mesures publiques correctives. Ainsi, dans le cadre de cette étude, la prolifération des prestataires de thérapeutiques néo-traditionnelles de toutes sortes, hors du champ conventionnel de l'exercice de la médecine et du contrôle des organes de certification des médicaments mis en circulation au Bénin, peut constituer une menace ou un risque compromettant pour la santé des populations. En pareille occurrence, les réponses des autorités publiques face à ce problème de santé publique a d'abord consisté dans un refus de validation de certains remèdes néo-traditionnels supposés avoir des vertus thérapeutiques ou encore considérés comme des virucides en puissance, aux propriétés à la fois préventives et curatives du VIH/sida. Ces promesses de guérison – de ce mal jusque-là sans remède curatif efficace ou désespérément incurable par la médecine conventionnelle –, ne manquent pas de polariser vers ces [112] thérapeutes néo-traditionnels – sauveurs inattendus ou simples guérisseurs –, une multitude de personnes, en désespoir de cause. La thérapeutique administrée n'obéit souvent à aucun standard de soins connu et aucune information concrète sur les méthodes, les procédés et les moyens de soins curatifs ou préventifs utilisés n'est disponible. Ainsi par exemple du thérapeute néo-traditionnel Dossou-Yovo qui, sous prétexte d'un certain secret professionnel et de la protection de ses recettes thérapeutiques contre « le

---

*tout. Et si vous refuser, alors on vous coupe. Ils envoient même des gens depuis l'Etranger pour obtenir mes recettes. Mais, moi, je suis contre le pillage. A cause de tout ça, je suis aujourd'hui menacé par des groupes de pression du milieu médical, des cadres qui n'admettent pas que je traite les malades avec mes produits. Je remercie d'ailleurs le président de la république qui m'a accordé jusqu'à maintenant une protection policière par des gendarmes. ».*

<sup>156</sup> Vincent LEMIEUX, « Les politiques publiques et les alliances d'acteurs », in Vincent LEMIEUX, Pierre BERGERON, Clermont BÉGIN et Gérard BÉLANGER, (dir.), *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, op. cit.

*pillage* <sup>157</sup> » des occidentaux, de l'OMS et des cadres ou intellectuels proches de la biomédecine, résume ses techniques de soins par les seules vertus thérapeutiques de la feuille ou de certains produits animaux. Si l'efficacité de ces thérapeutiques néo-traditionnelles contre le VIH/sida s'avère être, un tant soit peu, une illusion thérapeutique, le sentiment de guérison qu'elle pourrait ou a certainement pu susciter non seulement auprès des personnes affectées par ce virus du VIH/sida mais aussi dans l'imaginaire des populations qui cohabitent avec le risque de cette infection, peut contribuer à détériorer davantage une situation de sensibilisation sur ce risque épidémique plutôt maîtrisable actuellement au Bénin. En effet, l'absence de mesures correctives prises par les autorités publiques et sanitaires pourrait aggraver le taux de prévalence et d'incidence de l'épidémie du VIH/sida au Bénin <sup>158</sup>. Ensuite, d'autres solutions définies en pareille occurrence par les pouvoirs publics, consistent dans une mesure d'interdiction de toute publicité par voie de presse écrite ou audiovisuelle de tout médicament et thérapeutique de la médecine traditionnelle, qui n'auraient pas reçu l'agrément du ministère de la santé. C'est dans cette perspective que s'inscrit le rappel de la Haute Autorité de l'Audiovisuelle et de la Communication [113] (HAAC) en direction du corps médiatique suite à sa décision <sup>159</sup> du 23 décembre 2009 interdisant la publicité des

<sup>157</sup> C'est en ces termes que le thérapeute néo-traditionnel **Philibert Cossi DOS-SOU-YOVO** exprime sa défiance vis-à-vis des cadres et acteurs du milieu de la médecine conventionnelle. Entretien du 24 juillet 2010, op. cit.

<sup>158</sup> Selon le rapport du **Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS)** : « Le Bénin est un pays à épidémie généralisée à faible prévalence. Le premier cas de sida a été enregistré en 1985. Le nombre de cas de sida cumulé en 2008 est de 11 541 cas. En 2006, grâce à la troisième édition de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS III) combinée alors au dépistage du VIH, la prévalence de l'infection par le VIH au sein de la population générale est estimée à 1,2 % avec une disparité régionale et une atteinte beaucoup plus importante des femmes : 1,5% contre 0,8% pour les hommes. Tous les ans, le système de veille mis en place permet d'apprécier l'évolution de l'épidémie tant en milieu urbain qu'en milieu rural à partir des données de surveillance sentinelle. La prévalence estimée au cours des années 2008 et 2009 est respectivement de 1,8% et 2,0% avec comme sérotype le VIH 1 à plus de 98%. ». In **Comité National de Lutte contre le Sida & ONUSIDA**, « Rapport de situation national à l'intention de l'UNGASS Bénin 2010 »

<sup>159</sup> Cette décision du 23 décembre 2009 de la **HAAC** s'articule en ces termes : « Considérant les menaces graves de santé publique que représentent de telles

médicaments et des thérapeutiques de la médecine traditionnelle dont l'efficacité ne serait pas attestée officiellement. Autant dire, le recours aux thérapeutiques traditionnelles n'est pas interdit, mais les conditions de ce recours et de l'exercice de la médecine traditionnelle obéissent à un certain ordonnancement défini par les pouvoirs publics garants de la sécurité sanitaire. Cet ordonnancement réglementaire passe par le regroupement des tradithérapeutes à travers une association ad hoc et la création de plusieurs jardins botaniques pour leurs pharmacopées traditionnelles <sup>160</sup>. Mais les objectifs de complémentarité tant recherchés entre les deux modèles de médecine sont ici loin d'être effectifs en tout point. Ils se traduisent en ce cas essentiellement

---

pratiques pour la population ; La plénière, après en avoir délibéré, DECIDE : Article 1<sup>er</sup> : Toute publicité sur les médicaments, la pharmacopée et la médecine traditionnelle sur les antennes des radiodiffusions sonores, des télévisions et dans la presse écrite doit respecter la réglementation en vigueur. Article 2 : Tout médicament, tout produit de la pharmacopée ou de la médecine traditionnelle objet de publicité dans les médias doit recueillir l'autorisation de la structure habilitée du Ministère en charge de la Santé et doit porter les mentions ci-après : - Vu bon à diffuser ; Certifié par (le nom de la structure habilitée) en écritel à la Télévision, en voix off à la radiodiffusion et écrit dans la presse écrite. Article 3 : Tout manquement aux prescriptions sus indiquées est considéré comme une violation des textes et sera sanctionné conformément à la loi. », in **République du Bénin/ HAAC** – Haute Autorité de l'Audiovisuelle et de la Communication, DECISION N°09-073/HAAC portant réglementation de la publicité en matière de médicaments, de pharmacopée et de médecine traditionnelle du 23 décembre 2009, [en ligne] voir site web de la HAAC – Bénin, <http://www.haacbenin.org> [consulté le 28 juillet 2010]

<sup>160</sup> Selon l'OMS dans une publication de 2009 : « Comme partout en Afrique, la majorité de la population du Bénin a recours à la médecine et à la pharmacopée traditionnelles pour ses soins. Pour la promotion de la médecine traditionnelle, le Bénin dispose d'une association de tradithérapeutes dénommée Association nationale des Praticiens de la Médecine traditionnelle au Bénin (ANA-PRAMETRAB). Le décret N° 2001-036 du 15 février 2001 fixe les principes de déontologie et les conditions de l'exercice de la médecine traditionnelle en République du Bénin. En 2007, un nouveau Plan stratégique quinquennal (PSQ) a été élaboré pour la pharmacopée et la médecine traditionnelles Pour la période de 2008-2011. Au total 35 jardins botaniques ont été créés et sont entretenus par les tradithérapeutes au Bénin. La collaboration initiée entre le secteur public et les tradithérapeutes souffre d'une insuffisance d'ouverture d'esprit des parties en présence et mérite d'être dynamisée. ». In **OMS, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique** (2009), Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays, 2009–2013 Bénin, Bibliothèque de l'OMS/AFRO.

par une certaine collaboration entre acteurs de la biomédecine et guérisseurs phytothérapeutes. Les thérapeutes traditionnels relevant du modèle « magico-religieux » et les soignants charismatiques des confessions religieuses n'intègrent pas les chaînes de cette collaboration. Laurent Assogba de la DNPS le souligne à juste titre en assurant que : « *L'officialisation de la complémentarité entre médecine moderne et [114] médecine traditionnelle n'est pas encore formelle dans tous les départements c'est-à-dire dans nos différents Centres Hospitaliers Départementaux à l'exception des zones sanitaires. Tous les tradithérapeutes avec qui nous collaborons dans ces zones sanitaires ont une carte de « guérisseur traditionnel » délivrée par le ministère de la santé.* » <sup>161</sup>.

Enfin, les recours de la population à la médecine traditionnelle, à défaut d'être règlementés à l'intérieur d'un circuit officiel fermé voire recommandé, continuent de s'opérer sans acception du statut officiel ou non du tradithérapeute et de sa pharmacopée traditionnelle. Autrement dit, les demandes de soins traditionnels s'effectuent par les populations urbaines comme rurales, sans considération aucune de la reconnaissance officielle ou non de l'efficacité des thérapeutiques escomptées. À ce titre, Aminou Bachabi <sup>162</sup> nous fait souligner à propos des deux modèles de médecine que : « *Traditionnelle ou moderne, les principes actifs sont dans les plantes.* ». Autant dire, les logiques du choix thérapeutique traditionnel du malade et de sa famille s'accommodent peu des objectifs de sécurité sanitaire des politiques publiques dans ce domaine culturel de la médecine traditionnelle.

---

<sup>161</sup> **Laurent ASSOGBA**, de la Direction Nationale de la Protection Sanitaire (DNPS), entretien du 29 juillet 2010, op. cit.

<sup>162</sup> **Aminou BACHABI**, Chef service Affaires Financières, chargé de l'élaboration du budget municipal et du suivi des projets : Commune de Bassila – Département de la Donga. Entretien du 05 Août 2010.

[115]

## Titre 2.

### Logiques de l'orientation du parcours de soins vers la médecine traditionnelle

[Retour au sommaire](#)

Nous identifierons ici en les expliquant, trois facteurs déterminants du choix thérapeutique des populations : tout d'abord, les spéculations sur l'origine causale de la maladie, d'ordre essentiellement mystique et sorcellaire ; ensuite, le coût de l'investissement individuel ou familial pour assurer le capital-santé, un capital relativement dispendieux lorsque l'option thérapeutique est favorable à la biomédecine, et au prix coûtant lorsqu'elle favorise la médecine traditionnelle ; enfin, les échecs supposés ou réels de la médecine moderne justifient parfois le recours à des thérapeutiques nouvelles relevant ici, une fois de plus, de la médecine traditionnelle.

#### *A\*) L'option de l'itinéraire thérapeutique traditionnel par les causes supposables de l'état morbide*

Le déclenchement de l'état morbide est toujours un moment d'angoisse aussi bien pour le malade que pour son entourage immédiat. C'est un moment propice à toutes sortes de questionnement sur les causes possibles du dysfonctionnement du corps biologique. Or, selon certaines croyances populaires des sociétés africaines – aux représentations mystiques et traditionnelles de la trame des événements les plus ordinaires de la vie –, toute affection du corps biologique individuel peut cacher une situation de conflit <sup>163</sup> délétère avec le corps

---

<sup>163</sup> « Souvent menées du seul point de vue des accusations, certaines études considèrent le sorcier comme un bouc émissaire sur le dos duquel se reforme l'ordre social et occultent ainsi les jeux de pouvoir auxquels se livrent les hommes forts. Ainsi conçue dans tous ses aspects, la sorcellerie n'apparaît

social. La mort comme la [116] maladie peuvent ici expliquer un état de décomposition partielle de la cohésion sociale. L'état de morbidité du corps biologique – de l'individu – peut être l'occasion de toutes sortes de suspensions à l'égard du corps social ou, à tout le moins, à l'égard d'un membre de cet ensemble communautaire uni à divers titres par des liens immémoriaux. Yannick Jaffré <sup>164</sup> nous fait remarquer à bon droit que : « *Si la médecine considère la maladie comme un dysfonctionnement physique affectant un sujet, elle sera en milieu « traditionnel » souvent interprétée comme étant le signe d'un désordre social. Considérée comme une infortune, elle prend place dans un dispositif interprétatif qui va relier en un même enchaînement causal des événements que les logiques scientifiques distinguent. Ainsi, l'origine d'une maladie pourra-t-elle être cherchée dans le vol d'un fruit offert à un fétiche, dans le manque de respect envers un aîné, etc. Ce type d'interprétation induira des traitements fort éloignés de ceux du domaine biomédical, mais aussi de longs itinéraires de soins aggravant les pathologies et des conduites préventives spécifiques.* ».

C'est à ce moment là que la crainte des envoûtements qui anime tant l'imaginaire collectif en termes de maléfices sorcellaires ou à travers les foudres d'un dieu, d'un mauvais génie voire des mânes d'une tribu, prend corps avec la réalité de l'épisode morbide en s'y confon-

---

plus comme une pathologie du social, un signe de son dysfonctionnement, mais comme une de ses modalités qu'on ne peut comprendre qu'en l'insérant dans le contexte plus vaste des conceptions de la personne et du pouvoir (...). Le sorcier y est présenté comme une personne ayant acquis un savoir et un pouvoir qui lui permettent de projeter sa conscience dans d'autres corps (humains ou animaux) pour poursuivre des buts qui peuvent être aussi bien maléfiques que bénéfiques. La sorcellerie est ainsi présentée comme une forme de technique spirituelle indépendante de tout contexte religieux ou social. ». In **Christine HENRY & Emmanuelle Kadya TALL**, « La sorcellerie envers et contre tous », Cahiers d'Études africaines, XLVIII (1-2), 189-190, 2008, pp. 11-34, [en ligne], mis en ligne le 15 avril 2008. URL : <http://etudesafricaines.revues.org/index9612.html>. [Consulté le 26 juin 2010], pp. 13 et 23.

<sup>164</sup> **Yannick JAFFRÉ**, « Education et santé », in **Didier FASSIN et Yannick JAFFRÉ**, (dir.), *Sociétés, développement et santé*, pp. 50-66. Paris : Les Éditions Ellipses, op. cit., [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) » p. 22 [consulté le 07 décembre 2009]

dant même. Selon Raymond Massé <sup>165</sup> : « *L'anthropologie a montré que, dans toutes les sociétés, la maladie est vécue comme une rupture de l'ordre moral. Etre un malade, ce n'est pas seulement être physiquement fragilisé, c'est aussi devenir suspect aux yeux de l'entourage. Suspect d'avoir enfreint certains tabous, suspect d'avoir fait un usage incontrôlé des forces maléfiques et des pouvoirs surnaturels, suspect d'être l'objet d'une attaque de sorcellerie en réaction à l'offensive de personnes à qui on a voulu du [117] mal, suspect d'avoir enfreint les normes établies par la société. Le recours aux services des chamanes et autres formes de guérisseurs traditionnels, ou encore aux Églises nouvelles qui démonisent toutes les attaques de maladie, peut être vu comme permettant aux malades de se donner une nouvelle légitimité et de compenser les impacts fragilisants et déstabilisateurs de la culpabilité que leur feront porter les membres de la communauté.* ».

Cette représentation non-figurative des causes de la maladie est une caractéristique récurrente des mystiques communes aux sociétés africaines comme le font si bien remarquer Olivier Douville <sup>166</sup> et alii : « *Quand une maladie n'est pas surmontée grâce à un traitement (quel qu'il soit, traditionnel ou moderne), elle risque d'être considérée comme la conséquence d'une action maléfique. La gravité et l'aspect impressionnant de la maladie indique aussi que le supposé sorcier veut porter rapidement et dangereusement préjudice et atteinte. La maladie mentale (la folie) et aussi le sida sont considérés comme des maladies extrêmement graves. Ces maladies, quand elles surviennent, plongent la famille ou le groupe le plus proche du malade dans l'angoisse. L'imaginaire est surchauffé. Quelque chose de dangereux s'est passé. On fait face au mal par un possible scénario défensif par la persécution. Cette angoisse et la corrélative mise en fantasmatique familiale de la thérapeutique traditionnelle de l'envoûtement et du maléfice font aussi que la maladie reste souvent*

<sup>165</sup> **Raymond MASSÉ**, « La santé publique comme projet politique et projet individuel. », Chapitre 2, pp. 41-64, (dir.), **Bernard HOURS**, *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*. Paris, Karthala, 2001, p. 47

<sup>166</sup> **Olivier DOUVILLE**, **Allioun BLONDIN-DIOP**, « Recherche sur les parcours de soin de patients africains séropositifs en France » pp. 329-344, in **Bernard HOURS**, (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, KARTHALA, 2001, pp. 332 et 333

*cachée ou ignorée et que surtout, et non simplement par ignorance, on ne la nommera pas avec son vrai nom. C'est une stratégie de dissimulation très fréquente pour l'Afrique en ce qui concerne le sida. La maladie est nommée par un de ses effets (affaiblissement) mais très peu par son nom véritable. On parle aussi de « maux de tête ». ».*

Aussi, bien souvent ici, le corps social dans son ensemble est-il affecté par l'épreuve de morbidité du corps biologique d'un seul de ses membres. C'est que, les aperceptions individuelles du malade, de son entourage familial dès la déclaration du phénomène pathologique, frisent d'abord quelques négligences, quelque ignorance des manifestations prodromiques d'une affection parfois à effet [118] létal, voire, tout simplement, une banalisation à l'excès : « Ce n'est qu'une petite fatigue. Elle passera aussi vite qu'elle s'est manifestée », peut-on couramment entendre le malade ou sa famille rassurer le reste de la communauté. Ensuite, une subite dégradation de la situation symptomatique ou sa persistance dans le temps vient faire comprendre qu'elle ne relève pas forcément de l'ordre des choses du quotidien. La maladie est alors constatée, diagnostiquée avec ou sans oracle, mais souvent interprétée en termes d'agression physique et mystique du corps biologique par une cause extérieure <sup>167</sup> – soit pour châtier, lorsqu'un tabou totémique est supposé transgressé, soit pour chagriner et nuire lorsqu'un rival mécontent est supposé prendre sa revanche par la voie obscure des sortilèges –. Pour Douville et alii : « *Le système d'interprétation traditionnel tend justement à voir le patient comme un « nœud » dans un champ d'expériences familiales (...), les symptômes sont conçus comme l'expression d'une pathologie située entre les personnes. Une pathologie, par exemple, est due à une transgression de l'interdit dans une génération précédente et la pathologie se développe quand le patient a commis une effraction qui est en analo-*

---

<sup>167</sup> **Barbara FIORE** et alii font les mêmes constatations dans leur analyse des représentations de la maladie chez les thérapeutes Dogon du Mali en affirmant que : « *La maladie est perçue comme une entité extérieure, qui entre dans le corps, s'empare de la personne.* ». Cf. **Barbara FIORE, Saïdou TIMBINÉ, Ibrahim KASSAMBARA**, « Le savoir du thérapeute », chapitre 3, in **Piero COPPO, Arouna KÉITA**, (dir.), *Médecine Traditionnelle. Acteurs, itinéraires thérapeutiques*, op. cit., p. 98

gie avec la transgression antécédente, celle commise par les aïeux. » <sup>168</sup>.

Le recours à la consultation mantique est souvent la première étape du processus thérapeutique, non pas pour mettre en évidence les signes diagnostiques de la maladie mais pour identifier ses causes. Celles-ci sont généralement appréhendées non seulement en termes d'entité morbide mais surtout comme une agression mystique qu'il faut apaiser ou contrer avec les interventions thérapeutiques d'usage. Ainsi, la divination fait partie des formes d'expression de la médecine traditionnelle tout comme le soulignent Barbara Fiore <sup>169</sup> et alii qui y voient le point [119] focal du diagnostic de l'épisode morbide : « *C'est à travers la consultation des puissances surnaturelles que le thérapeute peut savoir quel est le type d'agression dont le malade est victime ; quelle est l'entité du travail, la force qu'il aura de soutenir le poids de la maladie, quels sont les sacrifices à faire avant de commencer la cure, quelle sera donc la charge pour le malade et sa famille. Mais la valeur thérapeutique de la divination n'est pas limitée à cet aspect. La fréquence avec laquelle on fait (un) recours au devin lorsqu'un malaise quelconque s'instaure, la pratique des sacrifices selon les indications reçues pendant les séances pour orienter dans une manière favorable le cours des événements, le mécanisme même de la divination nous conduisent à considérer la consultation oraculaire comme un moyen thérapeutique important en soi même. La séance de divination a en effet le but d'identifier une situation et les moyens pour la contrôler, d'en découvrir les points obscurs en en donnant la solution.* ».

Dans un tel contexte où les représentations sociales de la maladie et les spéculations populaires sur ses causes possibles sont dominées par la mystique des forces occultes, le choix du processus thérapeutique privilégie d'office le recours à la médecine traditionnelle. La recherche d'efficacité des méthodes thérapeutiques des médecines tradi-

<sup>168</sup> Olivier DOUVILLE, Alliou BLONDIN-DIOP, « Recherche sur les parcours de soin de patients africains séropositifs en France » pp. 329-344, in Bernard HOURS, (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, op. cit., p. 334.

<sup>169</sup> Barbara FIORE, Saïdou TIMBINÉ, Ibrahim KASSAMBARA, « Le savoir du thérapeute », chapitre 3, in Piero COPPO, Arouna KÉITA, (dir.), *Médecine Traditionnelle. Acteurs, itinéraires thérapeutiques*, op. cit., p. 92.

tionnelles dans ces circonstances, explique le choix préférentiel du malade et de sa famille dans cet itinéraire de soins traditionnels. La même logique anime les préférences thérapeutiques des malades et de leurs familles, quelles que soient les sphères d'habitation – rurales ou urbaines –, quelle que soit l'existence ou la proximité d'un centre de santé de la médecine conventionnelle. Ces mêmes constatations sont mises en évidence par Piero Coppo <sup>170</sup> et alii, lorsqu'ils reconnaissent que : « *Le recours à la médecine traditionnelle n'est pas propre aux groupes ruraux, éloignés des ressources conventionnelles de soins, ou aux familles plus pauvres, sans notions d'hygiène, ou à bas degré de scolarisation. Il n'est pas non plus toujours un recours utilisé en cas d'échec de l'automédication ou des traitements conventionnels : dans plus de la moitié des [120] cas (54%) il s'agit d'un premier recours, décidé par le malade et sa famille sur la base de considérations précises.* ».

C'est que, le thérapeute traditionnel est ici pressenti à toutes fins utiles comme plus à même d'offrir les moyens adéquats et indispensables pour la parade nécessaire à ce que l'imaginaire collectif prend pour une atteinte c'est-à-dire une vulnérabilité du fait d'une agression maléfique subie par le malade. C'est également un choix de l'urgence thérapeutique que d'éviter d'emblée le circuit conventionnel des soins médicaux car plus vite les antidotes traditionnels seront administrés, et plus prompt sera le rétablissement de l'individu fragilisé par sa maladie. Pour Didier Fassin <sup>171</sup>, qui attribue l'explication du choix de cet itinéraire thérapeutique à l'imprégnation de l'individu par le système des représentations culturelles et nosologiques qui le transcende : « *Le malade ne fera pas nécessairement appel au médecin ou au dispensaire lorsqu'il présentera des troubles qu'il attribuera à la catégorie du*

<sup>170</sup> Piero COPPO, Lelia PISANI, Fadimata WALET OUMAR, « Les itinéraires thérapeutiques », chapitre 1, pp. 7-52 in Piero COPPO, Arouna KÉITA, (dir.), *Médecine Traditionnelle. Acteurs, itinéraires thérapeutiques*, op. cit., p. 32.

<sup>171</sup> Didier FASSIN, « Maladie et médecine », in Didier FASSIN et Yannick JAFFRÉ, (dir.), *Sociétés, développement et santé*, pp. 38-49. Paris : Les Éditions Ellipses, 1990. Collection Médecine tropicale, [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », p. 10 [consulté le 07 décembre 2009]

*magico-religieux - ou plus exactement qu'il reliera à des interprétations sociales. ».*

Son parcours de soins s'inscrit donc dans une logique de correspondance des signes du bonheur ou du malheur avec les représentations figuratives de son environnement social, religieux et culturel. Les nosologies traditionnellement connues dans la communauté attribuent à chaque thérapeute traditionnel, une certaine compétence ou une certaine puissance thérapeutique en fonction de l'origine suspectée de la maladie. En somme, il s'agit d'une catégorisation des thérapies traditionnelles à travers cette opération de typification <sup>172</sup> de la maladie et [121] de sa cause naturelle ou mystique, source d'angoisse pour l'avenir et la gestion saine et sereine du quotidien au sens de Thomas Hobbes <sup>173</sup>. Ainsi par exemple du thérapeute et roi de Kétou

<sup>172</sup> Cette opération de typification des maladies s'impose naturellement dans ce contexte de pluralisme médical. Le recours au médecin comme au thérapeute traditionnel est fonction de cette typification. Le concept de typification renvoie ici à la conception de **Baudouin DUPRET** considérant que : « *D'un point de vue sémiotique, la typification consiste dans le rapprochement de situations factuelles avec une image collective (par exemple, celle de porter atteinte à la pudeur). La typification est donc cette opération par laquelle l'individu, qui dispose d'une collection de paradigmes, situe et évalue par rapport à ceux-ci les différentes situations de la vie quotidienne. Cette conception de la typification pose toutefois le problème de la surévaluation de la teneur épistémique des catégories typiques. Ce problème semble pouvoir être surmonté par l'adoption d'une perspective socio-phénoménologique que l'on pourrait considérer comme plus praxéologique. En ce sens, la typification ne serait plus l'attribution à une situation des qualités lui permettant de relever d'une catégorie (opération prédicative), mais l'opération d'attribution elle-même, la formule des opérations possibles face à une situation donnée.* ». In **Baudouin DUPRET**, « La typification des atteintes aux bonnes mœurs. Approche praxéologique d'une affaire égyptienne ». International Journal for the Semiotics of Law/Revue Internationale de Sémiotique Juridique Vol. XI n°33 [1998], pp 303-322, [en ligne], article disponible dans « L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL » p. 2 [consulté le 18 juillet 2010]

<sup>173</sup> **Thomas HOBBS** (1651) Léviathan. Traité de la matière, de la forme et du pouvoir de la république ecclésiastique et civile. Première partie : De l'homme. (Traduit de l'anglais par **Philippe FOLLIOU** à partir de LEVIATHAN or the Matter, Form and Power of A Commonwealth Ecclesiastical and civil by **Thomas HOBBS** of Malmesbury London Printed for Andrew Croke 1651), [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », pp. 92-93 [consulté le 18 décembre

à qui l'opinion publique attribue un pouvoir magique d'extraction des missiles provenant du *tchakatou* <sup>174</sup>. La rencontre du malade avec son thérapeute est par conséquent déterminée par la spécialité nosologique connue ou revendiquée du soignant, comme le souligne à juste titre Alice Desclaux <sup>175</sup> : « *Dans une situation de pluralisme médical, le*

---

2009] : « L'angoisse de l'avenir dispose les hommes à s'enquérir des causes des choses, car la connaissance de ces causes les rend plus capables d'organiser le présent à leur meilleur avantage. La curiosité, ou amour de la connaissance des causes, conduit l'homme, à partir de la considération de l'effet, à la recherche de la cause, et, à nouveau, de la cause de cette cause, jusqu'à ce que, par nécessité, il soit amené finalement à la pensée qu'il existe quelque cause sans cause antérieure, c'est-à-dire une cause éternelle, qui est appelée Dieu par les hommes. De sorte qu'il est impossible de faire une enquête approfondie des causes naturelles sans être par là incliné à croire qu'existe un Dieu éternel, quoique les hommes ne puissent avoir en leur esprit aucune idée de lui qui corresponde à sa nature. Car, tout comme un homme aveugle de naissance, qui entend les hommes parler de se réchauffer auprès du feu, et qui est amené à s'y réchauffer lui-même, peut facilement concevoir et être certain qu'il y a quelque chose que les hommes appellent feu et qui est la cause de la chaleur qu'il sent, mais ne peut imaginer à quoi ça ressemble, ni avoir dans son esprit une idée pareille à celle de ceux qui le voient, un homme, par les choses visibles de ce monde, et leur ordre admirable, peut concevoir que tout cela a une cause, que les hommes appellent Dieu, et cependant il n'a pas une idée ou une image de lui dans son esprit. Et ceux qui font peu de recherches, ou n'en font pas du tout, sur les causes naturelles des choses, sont cependant enclins, par la crainte qui vient de l'ignorance même de ce qui a le pouvoir de leur faire beaucoup de bien ou de mal, à supposer et à feindre en eux-mêmes différentes sortes de pouvoirs invisibles, à redouter leurs propres imaginations, à les invoquer en temps de détresse, et à leur rendre grâces quand ce qu'on espérait a été obtenu avec succès, faisant [ainsi] leurs dieux des créatures de leur propre imagination. De cette façon, les hommes, à partir d'une variété innombrable de dieux, ont créé dans le monde d'innombrables sortes de dieux. Et cette crainte des choses invisibles est le germe naturel de ce que chacun appelle religion pour lui-même, et superstition chez ceux qui rendent un culte différent du leur et éprouvent une crainte différente de la leur à l'égard de cette puissance. ».

<sup>174</sup> Le *tchakatou* est un missile traditionnel et mystique constitué d'objets souillés et contondants parvenant mystérieusement à l'intérieur des viscères de la victime. Cf. définition supra.

<sup>175</sup> Alice DESCLAUX, « De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant », Chapitre X, in Jean BENOIST, (dir.), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris : Les Éditions Karthala, 1996, Collection : Médecines du monde, [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des

*choix d'un thérapeute par un malade est le plus souvent analysé en termes d'accessibilité relative des [122] thérapeutes et d'acceptabilité des thérapies, soumise à la congruence entre les représentations du malade et celles du soignant qu'il choisit. ».*

L'ambivalence des représentations causalistes de la maladie à l'intérieur de la même nosologie, conduit néanmoins Saadia Radi <sup>176</sup> à penser que : « *Chaque système thérapeutique n'est pas spécialisé selon la maladie considérée en tant qu'entité nosologique, mais selon son étiologie ; c'est l'étiologie qui détermine le système ou l'agent auquel on doit s'adresser. Car, pour une même nosologie, la cause n'est pas constante. Quand on pense que l'étiologie d'une maladie est d'ordre surnaturel (génies, mauvais œil, sorcellerie).* ».

Cependant, à considérer le terme étiologie non plus dans son acception anthropologique – mythe ou récit explicatif de certains phénomènes naturels ou de leurs origines – mais dans son acception médicale qui se rattache à la dispensation des soins par l'identification des agents pathogènes en cause, les thérapies traditionnelles se caractérisent le plus souvent par un traitement symptomatique de la maladie. Cela peut s'expliquer par l'opération de substitution des causes qui consiste par exemple à voir dans les actions d'une charge virale ou parasitaire, une attaque maléfique ou surnaturelle.

De surcroît, le sujet malade a toujours besoin d'une certaine reconnaissance sociale de sa maladie. Cette reconnaissance est d'autant importante que si l'affection dont le malade se trouve porteur, est perçue, non comme la conséquence d'une transgression du corps social auquel il appartient, (sa communauté ethnique et ses diverses affiliations familiales), mais comme une agression du corps biologique – autant dire son corps individuel –, il pourra alors bénéficier du concours des diverses solidarités spontanées à travers son parcours de soins. N'étant pas perçu comme un impur ayant profané les codes sacrés de la communauté, le malade peut encore jouir au sein de celle-ci d'une place

---

sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) » pp. 242 et 243 [consulté le 27 décembre 2009]

<sup>176</sup> Saadia RADI, « Les maux entre Dieu, les génies et les hommes », Chapitre VII, in Jean BENOIST, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, op. cit., texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », p. 168.

de dignitaire qui mérite toujours de recevoir les soutiens et affections des uns comme des autres. Dans le cas contraire, le sort réservé au sujet malade est souvent passible du ban social. Cet acte de reconnaissance de la communauté, au-delà [123] même des apports thérapeutiques de l'itinéraire de soins, participe d'une certaine manière de la guérison du corps malade par le biais du maintien ou du prompt rétablissement de sa santé psychologique. En revanche, la maladie suspecte, en tant que conséquence de la transgression du corps social et de l'ordre mystique est supposée être une rétribution normale en termes de sanction infligée par les dieux ou les mânes des ancêtres au renégat qui serait ainsi le seul coupable de son état morbide. En plus de supporter dans son corps biologique le mal ou la souffrance de la maladie, le sujet malade doit aussi porter sur lui, vis-à-vis du corps social, le malaise et la honte d'avoir commis un acte blasphématoire qu'il faut alors expier seul à tout prix, en souffrant jusqu'à la mort, si telle est la décision des dieux ou des mânes. C'est le cas bien souvent des malades mentaux qui, laissés pour compte, arpentent sans fin, les rues des villes ou les agglomérations rurales. Toutefois, la personne atteinte de trouble mental ou psychiatrique lourd peut également être perçue comme la victime d'une possession maléfique.

Toujours dans l'imaginaire collectif, la maladie non suspecte, signe d'affaiblissement du corps individuel, due à une affection, ou à une action mystique, est une infortune, un coup dur voulu par le destin, un vrai cas pathologique qui polarise autant l'attention, les commisérations que l'empathie et la solidarité de tous les membres de la communauté. Cette solidarité intervient toujours, quel que soit l'itinéraire thérapeutique choisi – médecine moderne ou médecine traditionnelle – pour couvrir les frais occasionnés en pareille occurrence. Cependant, l'option thérapeutique du malade et de son entourage familial va aussi privilégier, dans certains cas, les soins relevant de la pharmacopée traditionnelle, lorsque le coût du capital-santé est particulièrement considéré comme exorbitant.

[124]

***B\*) L'option de l'itinéraire thérapeutique traditionnel  
par les coûts supportables du capital-santé***

[Retour au sommaire](#)

La médecine traditionnelle serait-elle plus abordable par son coût contrairement à la médecine moderne ? En effet, l'abordabilité réelle ou supposée du coût des thérapeutiques traditionnelles est également un facteur déterminant de l'orientation du choix thérapeutique des populations. Ce comportement des individus met en exergue leur propre stratégie pour se soigner à moindre frais ou autant que peut se faire sans bourse délier, en évitant soigneusement l'itinéraire des thérapeutiques du plus offrant. Dans cette recherche du meilleur prix pour se soigner, les conceptions populaires présentent les thérapeutiques traditionnelles comme moins coûteuses et donc plus abordables que les thérapeutiques biomédicales. En effet, par la méthode du questionnaire et de l'entretien semi-directif, nous avons voulu comprendre auprès d'un échantillon<sup>177</sup> de dix personnes représentatif de la société

---

<sup>177</sup> Cet échantillon représentatif et non exhaustif a regroupé des personnes des deux sexes, ruraux et citadins, cadres intellectuels, ouvriers et agriculteurs, malades et sujets non-malades. Cependant, sont exclus de cet échantillon représentatif, les tradithérapeutes dont les considérations en l'occurrence, pourraient fausser les résultats escomptés. Parmi ces enquêtés, **Casimir Kossi ADJITCHE**, employé de mairie, qui rapporte ici son propre cas où, suite à une affection dermatologique, il a dû s'acquitter d'abord dans un cabinet médical des frais de consultation médicale de 10.000 FCFA. Ensuite, il lui a fallu payer les médicaments prescrits, vendus à la pharmacie à plus de 25. 000 FCFA l'unité. Pour lui, la médecine traditionnelle revient beaucoup moins chère car elle vous coûte seulement une modique somme d'argent voire un échange en nature et qu'il suffit parfois de se rendre dans la brousse ou de parcourir la forêt pour rassembler soi-même les plantes, les feuilles ou les racines nécessaires pour la composition d'une tisane. Entretien réalisé le 30 juillet 2010. Pour le médecin de santé publique et épidémiologiste, **Laurent A. ASSOGBA**, la médecine traditionnelle revient certainement moins coûteuse. Mais il ne faut pas vite s'abandonner à une quelconque croyance des tarifs bas parfois spécieux et qui, bien souvent, peuvent s'avérer encore plus dispendieux que les frais des thérapeutiques modernes. Entretien du 29 juillet 2010.

béninoise, comment se met en place la décision de recourir de préférence à la médecine traditionnelle. Il en résulte que les soins biomédicaux sont fustigés pour trois défauts principaux qui leur seraient rattachables et qui auraient tous pour inconvénients d'occasionner plus de dépenses pour assurer le capital-santé : le premier défaut souligné par notre échantillon représentatif est le temps des thérapeutiques biomédicales. En effet, la durée des soins médicaux est fustigée à plus d'un titre : d'abord parce que le passage devant le médecin débute avec une consultation médicale à titre onéreux, séparée de la phase du traitement [125] proprement dit, et qui n'agit pas directement sur la maladie ; ensuite, la durée des soins médicaux et infirmiers ou celle de l'hospitalisation représentent un séjour médical ou hospitalier souvent long et particulièrement décrit comme onéreux <sup>178</sup> ; enfin, sont fustigés les recours itératifs aux officines pharmaceutiques où chaque médicament prescrit <sup>179</sup>, bien souvent renouvelable plusieurs fois, est

---

Il faut noter que le salaire moyen au Bénin est de vingt cinq mille francs Fcfa (25.000 Fcfa).

<sup>178</sup> C'est dans la même optique que s'inscrivent les affirmations suivantes de **Martine AUDIBERT** et alii : « Une fraction importante de la population des pays à faible revenu souvent plus de 50 %, est en dessous du seuil de pauvreté. Tels que les systèmes de santé sont financés, gérés et fonctionnent en ces États, les ménages pauvres sont particulièrement exposés à un risque d'appauvrissement supplémentaire, parfois dramatique, du fait qu'ils doivent largement supporter le coût de la maladie, souvent très élevé en cas d'hospitalisation. S'y ajoute une perte de revenu avec une réduction présente et future de leur consommation pour rembourser les emprunts contractés lors des épisodes morbides. Certes, l'insuffisante capacité à payer des ménages pauvres peut être réduite par la solidarité familiale ou de groupe qui s'exerce par le don ou le prêt, mais la manifestation en restera toujours aléatoire. Face à ce constat, l'intérêt de l'assurance est manifeste. ». In **Martine AUDIBERT, Jacky MATHONNAT** et **Éric de ROODENBEKE**, (dir.), *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, op. cit., pp. 19 et 20

<sup>179</sup> La délivrance des médicaments est, théoriquement, partie intégrante de la prestation médicale pour les soins de santé primaires mais seulement dans les zones sanitaires prioritaires selon l'Initiative de Bamako, ainsi que le rappellent **Jeanne MARITOUX** et alii : « *Dans les centres publics et communautaires du niveau « soins de santé primaires », la délivrance du médicament fait partie intégrante de la prestation de services. La plupart des pays ont mis en place une politique de recouvrement des coûts, permettant aux centres de soins de moins dépendre des financements publics. Dans certains centres, la*

hors de prix, sans tenir compte de leur nombre, ce qui représente, selon les personnes interviewées, un fardeau budgétaire du capital-santé sous le contrôle thérapeutique des hôpitaux ou des dispensaires. L'un des enquêtés, David Akobi <sup>180</sup>, souffrant de [126] problèmes hépatiques et sous thérapeutiques traditionnelles, affirme en effet : « *Je peux*

---

*vente des médicaments ne finance que leur réapprovisionnement. Dans d'autres, elle assure une partie du fonctionnement de ces centres, se rapprochant ainsi du concept de l'Initiative de Bamako : dans ce cadre, le recouvrement des coûts donne lieu à une facturation forfaitaire à l'épisode de maladie ou à l'acte, qui inclut le médicament. Reprochant un manque de clarté à ce système, certains ont préféré le paiement séparé des médicaments, permettant une comparaison avec les prix du secteur privé et facilitant, pour l'avenir, une harmonisation des prix entre les deux secteurs dans le cadre d'une politique nationale pharmaceutique. Il apparaît, et malgré les difficultés à faire des comparaisons objectives, que la viabilité économique des centres, qui dépend d'un niveau de financement suffisant, n'est pas garantie dans le système de paiement de l'acte, ni dans le système du forfait. Dans le secteur privé, les prix sont fixés, dans la plupart des pays, par la définition de marges applicables aux grossistes, et aux pharmaciens. Les taxes à l'importation ont été en général supprimées pour les médicaments, mais subsistent encore souvent pour les matières premières et les articles de conditionnement destinés à l'industrie pharmaceutique. » Cf. **Jeanne MARI-TOUX, Carinne BRUNETON, et Philippe BOUSCHARAIN**, « Le secteur pharmaceutique dans les États africains francophones », in **Marc-Éric GRUÉNAIS et Roland POURTIER**, (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, Afrique contemporaine, Numéro spécial, Trimestriel N° 195, op. cit., pp. 218 et 219*

<sup>180</sup> **David AKOBI**, enquêté sous traitement traditionnel d'une affection hépatique. Entretien réalisé le 30 juillet 2010. Quatre mois après cet entretien, l'enquêté a été finalement hospitalisé à l'hôpital Saint-Luc de Cotonou des suites d'une complication due au développement de l'ascite. Le 27 avril 2011, il décède après une courte période de rémission et une nouvelle admission à l'hôpital. La maladie a provoqué des épisodes de confusion mentale de l'enquêté ce qui peut recevoir dans l'étiologie biomédicale une explication par le degré de gravité et d'évolution de l'affection hépatique dont il souffrait. Mais du point de vue de la parentèle qui l'accompagnait, interprétant la maladie par une étiologie socio-anthropologique, la survenue de la confusion mentale est perçue au travers du prisme de la mystique sorcellaire des envoûtements marquant ainsi la preuve d'une nouvelle effraction ensorcelante dans la quiétude familiale. Le trouble occasionné a créé le doute de devoir poursuivre les thérapies nécessaires en se contentant du seul parcours des soins biomédicaux. Evacué de l'Hôpital Saint-Luc, il est décédé peu après son admission dans une Assemblée Evangélique de prières thérapeutiques.

*dire que le prix de la médecine traditionnelle est plus abordable. Tout est cher aujourd'hui à l'hôpital comme à la pharmacie. Les médecins prescrivent beaucoup de médicaments pour la même maladie (c'est-à-dire pendant le même épisode de maladie). Or, ces médicaments coûtent très chers à la pharmacie et en plus, il faut souvent les renouveler. Mais dans la médecine traditionnelle, avec les mêmes remèdes qui ne coûtent pas vraiment chers, très souvent, un seul traitement suffit, et si tout va bien, vous êtes guéri. Je pense, moi, que la médecine traditionnelle est mieux que la médecine de l'hôpital où on met trop de temps et trop d'argent pour, parfois, ne pas guérir. Le tradithérapeute m'a dit que j'avais une hépatite, mais il n'a pas précisé de quel type. Je sais qu'avant le traitement, j'avais les yeux jaunes mais aujourd'hui, après les soins qu'il m'a donnés, je me sens mieux, je me lève le matin, je peux aller travailler, je n'ai vraiment plus mal, et j'ai les yeux plutôt clairs. ».*

En somme, sous prétexte du temps ou de la durée des soins médicaux, particulièrement considérée comme interminable, la plupart de nos enquêtés soulève ici la question du coût des prestations de services médicaux et pharmaceutiques. C'est que, le marché des soins médicaux et des produits pharmaceutiques obéit aux règles d'un capitalisme de libre-échange où la recherche du profit est motivée par le nécessaire retour sur investissement. L'entreprise médicale et surtout pharmaceutique fonctionne avant tout selon les principes d'une économie de marché où les États interviennent relativement peu dans la fixation des prix pratiqués. C'est que, les industries pharmaceutiques développent partout dans le monde des pratiques monopolistiques qui ont pour corollaire une pratique des prix exorbitants. Jeanne Maritoux <sup>181</sup> et alii en donnent [127] ici une explication judicieuse : « *Le marché des pays francophones d'Afrique subsaharienne représente seulement 7% du marché africain total. Les marchés du maghreb, de l'Egypte, du Nigéria et de l'Afrique du Sud dominant très largement l'ensemble du marché pharmaceutique africain. Le marché des pays francophones d'Afrique ne représente pas plus de 7% du marché afri-*

---

<sup>181</sup> **Jeanne MARITOUX, Carinne BRUNETON, et Philippe BOUSCHARAIN**, « Le secteur pharmaceutique dans les États africains francophones », in **Marc-Éric GRUÉNAIS et Roland POURTIER**, (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, Afrique contemporaine, Numéro spécial, Trimestriel N° 195, op. cit., p. 213.

*cain et 0,2% du marché mondial. Les importations de médicaments, qui représentent 90% de la consommation dans ces pays, seraient passées selon diverses estimations, de 400 millions de dollars en 1992 à 340 en 1993 et à moins de 300 millions en 1994. Elles sont estimées à 397 millions de dollars en 1999. Les marchés nationaux de la plupart de ces pays sont limités à la fois par un chiffre de population peu important, et par un faible niveau de revenu par habitant. Une part importante de la population de ces pays ne consomme pas de médicaments « modernes » de façon régulière. ».*

Dans ce contexte, les options thérapeutiques du consommateur de soins médicaux peuvent être déterminées par sa solvabilité ou à partir d'un raisonnement construit autour du modèle de l'*Homo œconomicus*. L'individu voulant ici à tout prix, maximiser ses intérêts économiques en opérant le meilleur choix thérapeutique en termes de coût financier, entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle. Henri Paret <sup>182</sup> se posait à juste titre la même question : « *Sous quelles influences se modifie le comportement du consommateur de soins médicaux ? Prix ? Revenu ? Préférences personnelles ? En effet, pour la théorie économique, l'homo œconomicus (abstraction voulant refléter un consommateur qui aurait des comportements économiquement rationnels) est censé acheter une moindre quantité d'un bien lorsque son prix monte. D'autre part, plus son revenu est élevé, plus il aura tendance à se payer des choses considérées comme superflues. Enfin, le goût des consommateurs qui varie avec le temps et selon les modes constitue le troisième principal facteur qui influence la consommation.* ».

En somme, les prix des prestations médicales et des produits pharmaceutiques influencent notablement l'itinéraire thérapeutique emprunté par les populations. [128] Dans une certaine mesure, la médecine traditionnelle serait moins utilitaire c'est-à-dire moins intéressée dans ses buts que les diverses prestations de la médecine moderne à but plutôt lucratif. Par leur mode de production qui n'est ni capitalistique ni monopolistique, les pharmacopées traditionnelles prônent en réalité une fonction d'utilité sociale ou communautaire. De fait, la médecine traditionnelle, médecine des ancêtres bénéficie en tout point

---

<sup>182</sup> **Henri PARET**, *L'économie des soins médicaux*, Paris, Les Editions ouvrières, 1978, p. 32.

d'une proximité à la fois culturelle et géographique avec la population grâce à son ancrage territorial, communautaire ou familial. Cette proximité géographique donne l'avantage de réduire les coûts liés aux frais de transport, en cas de maladie, vers la ville ou les localités dotées de centre de santé. En effet, les problèmes d'accessibilité géographique par rapport à la première unité de soins biomédicale, ajoutés à l'absence de moyens de transport adéquats et de voies carrossables, constituent ici une contrainte morale et financière qui rend vraisemblable dans l'inconscient collectif l'idée selon laquelle la médecine moderne serait plus dispendieuse que la médecine traditionnelle. Denis-Clair Lambert <sup>183</sup> souligne à juste titre le même constat en décrivant les quatre conditions nécessaires selon lui, pour apprécier l'accessibilité d'une population aux services de santé : « *L'accessibilité, dit-il, aux services de santé comporte quatre dimensions : la contrainte de la géographie et des voies de communication, la densité de l'occupation humaine, l'implantation des réseaux de soins et la capacité des populations de payer les soins qui leur sont proposés. Or ces quatre barrières se superposent et forment dans les régions les plus pauvres un obstacle au progrès sanitaire. L'isolement géographique est pratiquement insurmontable dans les régions excentrées où la population dispersée est à plusieurs journées de marche de tout poste de secours médical.* ».

Le même constat, en termes de problèmes d'accessibilité, est également valable pour ce qui concerne les zones d'implantation des officines pharmaceutiques. Or, les thérapies biomédicales sont inéluctablement associées à l'action des médicaments et autres produits pharmaceutiques. Aussi, la pénurie dans les zones rurales voire périurbaines, de ces deux services de santé assez complémentaires, entraîne-t-elle une situation de rareté d'un bien nécessaire – ici le capital-santé – et [129] qui a pour corollaire dans ce contexte précis, une augmentation des prix pratiqués. Face à cette situation inflationniste des soins médicaux alors rares, les stratégies de soins des populations pourraient se résumer dans ce raisonnement plus ou moins économiciste : certes la santé est un bien nécessaire, mais en cas de maladie ou de demande de soins de santé, l'itinéraire thérapeutique envisa-

---

<sup>183</sup> Denis-Clair LAMBERT, La santé, clé du développement économique. Europe de l'Est et Tiers-Monde, L'Harmattan, op. cit., p. 235

geable – médecine traditionnelle ou médecine moderne – reste, avant tout, un bien substituable dans la mesure où les thérapeutiques traditionnelles peuvent, tout à fait et à moindre coût, offrir les mêmes résultats que les thérapeutiques modernes. Le capital-santé représenterait de ce fait un coût financier supportable devant l’option thérapeutique traditionnelle qui polarise alors les stratégies d’une partie de la population pour des soins de santé plutôt bon marché. Pourtant, le prix de revient de la médecine traditionnelle, prôné dans certaines conceptions populaires, comme beaucoup moins excessif que celui des prestations biomédicales, peut paraître spécieux aussi bien souvent en pratique. Dire concrètement, le coût de la médecine traditionnelle peut parfois s’avérer encore plus dispendieux que les frais occasionnés par le recours à la médecine moderne. En effet, certaines pathologies sont des urgences médicales dont parfois les compétences du tradithérapeute ne permettent pas de révéler à temps les signes cliniques et leur interprétation étiologique. Or, la prolongation du délai d’attente avant toute décision de prise en charge adéquate dans un établissement des soins de santé souvent très éloigné du lieu de provenance du malade, peut contribuer à aggraver davantage l’état de morbidité et, par voie de conséquence, le coût de revient du capital-santé. Ainsi, pour Gérard Salem <sup>184</sup> et alii : « *Il faudrait tordre le cou au préjugé qui veut que « la médecine traditionnelle » coûte moins cher que la médecine moderne (il n’y a là aucune loi générale, tout dépend de la nature de la maladie et du type de guérisseur)...* ».

Laurent Assogba <sup>185</sup> nous prévient pour sa part d’une certaine illusion sur l’hypothèse d’une pratique des prix coûtants dans la médecine traditionnelle qui, [130] bien au contraire, serait par certains côtés plus coûteuse que la médecine moderne. En toute hypothèse, cette situation met en relief un problème récurrent de sécurité sanitaire sur le plan de la santé publique. Elle interpelle l’action publique et la société civile à

<sup>184</sup> **Gérard SALEM, Emmanuelle CADOT et Florence FOURNET**, « Villes africaines et santé : de la nouvelle jeunesse des vieilles endémies, à l’émergence de nouvelles épidémies » pp. 60-70 in **Marc-Éric GRUÉNAIS et Roland POURTIER**, (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis, Afrique contemporaine*, Numéro spécial, Trimestriel N° 195 Juillet-septembre, op. cit., p. 63

<sup>185</sup> **Laurent A. ASSOGBA**, médecin de santé publique et épidémiologiste, DNPS, entretien du 29 juillet 2010.

travers des mécanismes assurantiels de protection sanitaire adaptés aux différents modes de vie des populations – rurales ou urbaines – mais encore à travers la création des infrastructures nécessaires pour donner sens et cohérence à ce mutuellisme naissant de la protection sociale et sanitaire. En effet, les mutuelles de santé, à supposer qu’elles soient généralisées à l’ensemble de la population ne suffisent pas pour autant à elles seules, à répondre efficacement au problème de sécurité et de protection sanitaires. C’est que, la mission d’une mutuelle de santé voire du Régime Assurance Maladie Universelle (RAMU) <sup>186</sup> en cours d’élaboration, est d’offrir aux populations vulnérables face aux risques sanitaires, une protection sous la forme d’une couverture des dépenses nécessaires pour restaurer ou consolider leur capital-santé. Pour autant, l’absence des ressources et infrastructures nécessaires telles que l’existence et la viabilité des routes pour une circulation sécurisée et sans encombre, la pénurie des compétences médico-techniques, la déréliction médicale et pharmaceutique des campagnes et des villes de taille moyenne, l’imperfection ou l’insuffisance des équipements médico-techniques, vident en tout point ces mécanismes de protection de leur substance. En effet, quel est le sens du remboursement ou du préfinancement des dépenses pour les soins de santé, si la logistique médicale nécessaire à la mise en œuvre des soins médicaux fait en totalité ou en partie défaut. C’est que, l’action publique dans ce domaine sectoriel de la santé publique gagnerait tout autant en efficience qu’en efficacité en créant les conditions nécessaires à l’existence et à la qualité des soins médicaux. L’absence totale voire le défaut partiel de ces conditions sine qua non pour des services de santé disponibles et de qualité, ne peut que nourrir un certain pluralisme médical souvent au profit de la médecine traditionnelle, à juste titre ou sous prétexte d’un échec de la médecine moderne.

---

<sup>186</sup> Le directeur national de la Protection Sanitaire (DNPS) **Laurent ASSOGBA** souligne en effet que : « Le recours à la médecine traditionnelle peut s’expliquer dans certains cas par un problème du coût de la médecine moderne. C’est pourquoi, après la mise en place des mutuelles de santé au niveau des villages, nous sommes en train d’instaurer un Régime Assurance Maladie Universelle (RAMU) qui va concerner un plus grand nombre de personnes. ». Cf. notre entretien du 29 juillet 2010.

[131]

***C\*) L'option de l'itinéraire thérapeutique traditionnel  
par l'échec des thérapeutiques « biomédicales »***

[Retour au sommaire](#)

Le recours des populations à la médecine traditionnelle est aussi parfois un recours in extremis, lorsque les thérapeutiques modernes ne répondent pas ou plus efficacement à la demande de guérison. Trois situations d'échec réel ou supposé de la biomédecine sont à relever en pareille occurrence. D'abord, la médecine moderne est en situation d'échec face à deux types de maladies. Les maladies d'origine supposée mystique ou sorcellaire et les maladies qui ne disposent pas encore, à l'état actuel de l'avancée des connaissances biomédicales, de médicament ou de prise en charge médicale définitive et efficace. C'est le cas de la pandémie du VIH/sida, des affections tumorales du fait ou non d'un oncogène voire des pathologies relevant de la catégorie nosologique des maladies orphelines ou maladies rares dans la tradition biomédicale. Ces maladies qui révèlent les limites de la médecine moderne entraînent une ruée des sujets demandeurs de soins thérapeutiques vers les médecines parallèles. En témoignent ici, les offres de guérison ou de rémission des thérapeutes néo-traditionnels du sida comme de la drépanocytose à l'instar de Philibert Dossou-Yovo.

Ensuite, la médecine moderne est confrontée à un constat d'échec lorsque dans la perception du malade ou de son entourage familial, l'action des thérapeutiques modernes administrées n'est pas observable rapidement, voire lorsque, malgré la prise en charge médicale, l'état de morbidité du patient ne s'améliore guère. Dans ce cas, les attentes des familles et du malade sont a priori exaltées sous la forme d'un certain messianisme médical avec une surreprésentation des possibles et des compétences de la biomédecine.

Enfin, il y a échec de la médecine moderne dans le contexte sociologique délimité par cette étude, lorsque la demande de soins ou d'actes thérapeutiques des populations ne rencontre pas l'efficience des techniques biomédicales effectivement disponibles.

Reprenons donc successivement les trois situations ainsi présentées :

Dans le premier cas, l'itinéraire thérapeutique traditionnel est décidé dans un esprit de pluralisme médical assumé afin de bénéficier des meilleures thérapeutiques [132] possibles du monde et sans exclusive. Dans ce cas, le demandeur des soins médicaux ou son entourage s'adonne à tout type de traitement y compris une automédication à la fois moderne et traditionnelle. Ce qui compte ici étant pour le sujet malade de recouvrer un bon état de santé quel que soit l'itinéraire thérapeutique emprunté. Ce cas qui concerne – parmi tant d'autres – des personnes à statut sérologique positif au VIH, n'est pas spécifique au contexte local étudié. Il décrit, en effet, le pluralisme médical adopté par bon nombre de personnes dans le monde pour guérir de certaines affections ou maladies dont la médecine moderne ne peut a priori revendiquer le monopole thérapeutique.

Dans le deuxième cas, l'itinéraire thérapeutique traditionnel apparaît comme le choix final d'une alternative entre deux médecines possibles : la médecine moderne et la médecine traditionnelle. C'est principalement le cas des sujets malades et de leurs familles en provenance des zones rurales ou des villages pour des soins médicaux dans les centres hospitaliers urbains. Un trait commun caractérise enfin toutes les personnes relevant de ce cas : l'urgence thérapeutique. En témoigne, un cas <sup>187</sup> de traumatisme crânien consécutif à un accident de la circulation dans la ville de Pira, arrondissement de la commune de Bantè et admis à l'hôpital de zone <sup>188</sup> de Savalou à quelques kilomètres de là, après des semaines d'observation, sans suivi médical, de

---

<sup>187</sup> Nestor Cocou ADIH, transporteur à Cotonou, entretien du 17 mai 2010

<sup>188</sup> La couverture sanitaire du Bénin se présente sous la forme d'une organisation pyramidale inspirée par la décentralisation et modulée par différents niveaux de compétences médico-techniques ainsi que le rappelle **Adrien HOUNG-BÉDJI** : « *La pyramide sanitaire du Bénin (...) se décline en cinq paliers hiérarchiques : Le centre national hospitalier de Cotonou ; Les centres hospitaliers départementaux ; Les hôpitaux de zones sanitaires (une zone sanitaire regroupe une ou plusieurs communes) ; Les centres de santé communaux ; Les centres de santé d'arrondissement. Toutefois, l'accessibilité aux établissements de santé est limitée et constitue un problème important. Elle est rendue difficile du fait de l'inexistence d'établissements sanitaires dans des zones spécifiques ou de leur éloignement des populations.* », in **Adrien HOUNG-BÉDJI**, *Il n'y a de richesse que d'hommes*, op. cit., p. 170

l'état morbide dans le cercle familial. En l'espèce, la prise en charge médicale qui impose des actes de radiologie ou d'imagerie médicale et une hospitalisation prolongée, est jugée trop longue et onéreuse par l'entourage familial qui, malgré les contre-indications du personnel soignant, a préféré un retour du sujet malade au village pour des thérapeutiques de préférence traditionnelles. Un cas similaire intervenu dans le même hôpital de zone [133] de Savalou, est raconté par David Le Bohec<sup>189</sup> en ces termes : « *Un enfant atteint du tétanos est sorti avec son père contre avis-médical car il ne pensait pas que la médecine serait efficace, il allait s'en remettre au vaudou. C'est difficile à accepter surtout qu'il était certain que l'enfant survivrait hospitalisé mais décèderait s'il sortait (...). La difficulté dans la prise en charge reste l'argent. Car les patients doivent payer tous les médicaments, seringues, cathéters ainsi que les examens de laboratoire ou d'imagerie médicale pour être traités.* ».

L'urgence thérapeutique caractérise ce cas, nous l'avions souligné. C'est que, la demande de soins médicaux lourds qui intervient ici le plus souvent bien trop tard, ne correspond pas à l'offre de soins effectivement disponible dans l'enceinte de l'hôpital. C'est que, dans son fonctionnement, la médecine moderne est une médecine aux méthodes thérapeutiques essentiellement préventives ou curatives dans la mesure du possible médical et, en aucun cas, d'un possible messianique. Pour des raisons économiques inhérentes à une paupérisation dans les zones rurales et des couches défavorisées des milieux urbains, les cas d'urgence médicale font toujours l'objet d'une longue expectative par le malade ou son entourage familial. En pareille circonstance, la décision de recourir finalement aux unités de soins de l'hôpital – sauf guérison miraculeuse qui, rationnellement, ne peut être du ressort de la biomédecine –, est vite traversée par des incertitudes, la vision d'échec des thérapeutiques modernes, la déconvenue et le volte-face conduisant, en fin de compte, à l'exploration des autres possibilités thérapeutiques offertes par la médecine traditionnelle. Même si l'itinéraire thérapeutique traditionnel est désormais défendu par

---

<sup>189</sup> David Le BOHEC, animateur du blog <http://projetafrique.canalblog.com>, blog de six étudiants infirmiers français ayant séjourné au Bénin – année 2009 : (Aliénor COMTE, Marie BRENAUT, Nolwenn Le COGUIC, David Le BOHEC, Marie CAPITAINÉ, Laure MAHÉ) [en ligne, consulté le 04 août 2010]

l'OMS depuis sa conférence d'Alma Ata de 1978 en termes de complémentarité avec la médecine moderne, pour renforcer la couverture des soins médicaux dans les espaces communautaires, le manque d'officialisation – nous l'avons souligné – et de visibilité institutionnelle de cette collaboration ne permet pas d'assurer le suivi médical de ceux qui abandonnent les soins médicaux pour les thérapeutiques traditionnelles. Cet objectif de santé publique sous la houlette de l'OMS à travers la promotion des médecines traditionnelles et de leur [134] complémentarité avec la médecine moderne est donc confronté dans sa réalisation à des réalités non seulement socio-économiques mais aussi socioculturelles. De la même manière, ce cas – sous prétexte d'un échec de la biomédecine – est en toute hypothèse, un échec de l'Initiative de Bamako. Edgard-Marius Ouendo <sup>190</sup> et alii soulignent ici à juste titre les insuffisances de cette Initiative de Bamako dont le but est pourtant de garantir des soins de santé primaires aux populations des zones dites prioritaires, c'est-à-dire, au sein des communautés villageoises et pour les plus vulnérables tels que la mère et l'enfant. Aussi, font-ils remarquer tout en rappelant que : « *L'Initiative de Bamako (adopté en 1987) avait deux objectifs essentiels (...) : Renforcer le financement et la gestion des activités de soins de santé primaires au niveau local, notamment celles qui visent à satisfaire les besoins des femmes et des enfants, en utilisant le système de financement par l'utilisateur et de recouvrement de coûts, fondé sur la vente de médicaments essentiels qui constituera un point d'entrée ; Promouvoir l'autosuffisance dans le domaine de l'approvisionnement en médicaments essentiels par le biais de la participation communautaire. Il est donc évident que les soins auront un coût financier pour les bénéficiaires. Des études réalisées au Bénin ont mis l'accent sur le fait qu'un tel système risque de marginaliser les indigents (...). Dans plusieurs centres, les couches défavorisées de la population ne bénéficient pas de conditions particulières de paiement. Les réductions de tarif et les exemptions ne se pratiquent que*

---

<sup>190</sup> Edgard-Marius OUENDO, Michel MAKOUTODÉ, Victoire AGUEH et Ayité MANKO D'ALMÉIDA, « Equité dans l'application de l'Initiative de Bamako : situation de la prise en charge sanitaire des indigents au Bénin et approche de solution » pp. 119-129, in Martine AUDIBERT, Jacky MATHONNAT et Éric de ROODENBEKE, (dir.), *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, op. cit., pp. 120 et 124.

*dans les centres confessionnels et d'ONG (Béthesda et Terre des Hommes) conformément à l'esprit d'assistance et de bienfaisance qui sous-tend leur action. Dans quelques rares centres publics, les conditions particulières de paiement ne sont accordées que dans la mesure où les prestations de services ne nécessitent pas que le centre fournisse de médicaments ou des consommables médicaux. Le crédit est la voie la plus utilisée par tous les sites pour faire face aux cas de difficultés de paiement. ».*

[135]

Marc-Eric Gruénais <sup>191</sup> considère pour sa part que : « *La systématisation de l'initiative de Bamako, qui permet notamment à des structures publiques de gérer elles-mêmes les fonds reçus des patients, en introduisant un peu de privé dans le public, prive évidemment l'État d'un moyen important de régulation : celui de la régulation budgétaire. Par ailleurs, la place accrue accordée au secteur privé (lucratif ou non) dans l'organisation du système de santé peut conduire des acteurs du système à se mettre en retrait par rapport aux directives nationales (...). L'État en tant que tel, c'est-à-dire ici l'administration centrale de la santé, semble se décharger d'une partie de sa fonction de protection au profit d'acteurs périphériques, dépendants ou non de l'administration publique, de plus en plus autonomes, et cela pour le plus grand bien des finances publiques. ».*

Le troisième cas met le sujet malade et son entourage familial devant un choix fortuit plutôt favorable à l'itinéraire thérapeutique traditionnel. En effet, la demande de soins est faite ici dès le départ de l'épisode morbide dans un centre de santé biomédical. En l'occurrence, le revirement des usagers concernant cet itinéraire thérapeutique moderne prend son origine dans les dysfonctionnements organisationnels et logistiques des établissements de soins médicaux. Tel est le cas, lorsque les équipements médico-techniques n'existent pas, sont insuffisants ou ne sont plus en état de pouvoir fonctionner normalement. Cette situation concerne surtout la quasi-totalité des structures sanitaires de droit public y compris les plus grands centres hospitaliers de niveau départemental. Ainsi, l'exemple au Nord du

---

<sup>191</sup> **Marc-Éric GRUÉNAIS**, « Communautés et État dans les systèmes de santé en Afrique » pp. 67-85, in **Bernard HOURS**, (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, op. cit., p. 79.

Bénin, du Centre Hospitalier Départemental du Borgou/Alibori (CHD) dans la municipalité de Parakou (ville à statut particulier à l'instar de Cotonou et Porto-Novo) où les cas de dysfonctionnement et de sous-équipement en matériels médico-techniques sont légion. Pourtant, d'après les autorités municipales, le CHD Borgou/Alibori afficherait « l'un des meilleurs taux de couverture sanitaire du pays » ce qui résulterait selon elles de : « *L'action conjuguée des centres de santé [136] publics et privés* » avec notamment : « *1 médecin pour 13.620 habitants, 1 infirmier pour 2.628 habitants et 1 sage-femme pour 6.513 habitants.* » <sup>192</sup>.

Pourtant, le quotidien de bon nombre d'usagers de ce centre hospitalier départemental rappelle que tout reste encore à faire. En effet, le CHD Borgou/Alibori est le seul centre de santé public de référence de tout le département du Borgou y compris du département voisin de l'Alibori <sup>193</sup>. Dans ce contexte, toute défaillance technique ou organisationnelle est ici un péril public de grande ampleur : une menace sanitaire qui pèse sur les populations des agglomérations rurales et urbaines de ces deux départements du Nord-Bénin. Ainsi pour l'exemple : le dimanche 03 septembre 1989, se souvient l'un de nos enquêtés – Nestor C. Adih <sup>194</sup> – un enfant victime de fracture du col du fémur fut transporté d'abord dans une clinique privée de Parakou où le personnel soignant s'est récusé de toute forme de prise en charge médicale, arguant ainsi de l'absence du médecin radiologue et du technicien manipulateur d'électroradiologie médicale. Ensuite, face à cette situation, la famille de l'enfant décida alors de recourir au service public du CHD du Borgou. Mais une fois de plus, la prise en charge médicale n'a pu être possible par mesure de précaution, selon les autorités médicales, car la seule unité de radiologie de l'hôpital était alors en panne depuis des mois. La décision finale de la famille de l'enfant blessé fut dans ce cas, l'option de l'itinéraire thérapeutique

<sup>192</sup> Informations à valeur de statistique, disponibles sur le site web de la municipalité de Parakou : <http://www.villeparakou.bj/index.php>. Pour la municipalité, reprenant à son compte une source de l'INSAE, la population de Parakou, est estimée à 180.307 habitants en 2007 avec un taux d'accroissement annuel de 3,76%, [en ligne, consulté le 10 août 2010]

<sup>193</sup> Voir en annexe 1, document n°2 : carte politique et administrative du Bénin, op. cit.

<sup>194</sup> Nestor Cocou ADIH, entretien du 17 mai 2010, op. cit.

traditionnel connu sous le nom ethnique de « *Tchakaloké* <sup>195</sup> », une spécialité communautaire de la médecine traditionnelle invétérée dans la prise en charge médicinale des fractures non ouvertes. Son procédé thérapeutique emprunte à la fois aux moyens d'ordre mystique qui font sa réputation de puissance médicinale traditionnelle dans le pays mais encore à des méthodes de cautérisation du membre du corps ainsi atteint. Des procédés [137] d'ordre mystique, parce qu'une banale fracture de la jambe ou du bras peut cacher, selon le « *Tchakaloké* », une action sorcellaire ou mystique. Ainsi, pendant toute la durée du traitement ou des soins, un coq sera utilisé en guise d'indices oraculaires. Le gallinacé, sans être tué, est également fracturé à l'un de ses membres, soit exactement à l'un des membres du corps de l'animal correspondant à la partie touchée du corps humain victime de la fracture. L'animal laissé sans soins est observé pendant la durée des thérapeutiques ainsi administrées à la victime humaine. Si, en dépit de tout, l'animal guérit spontanément et parvient à se relever et marcher à nouveau, alors, les oracles sont favorables à la guérison de la victime humaine de cette fracture. Et parce qu'il considère que toute fracture est une blessure interne qui provoque forcément une hémorragie interne avec des risques de coagulation du sang dans les veines, artères et autres cellules tissulaires de la partie du corps humain où la fracture est localisée, de petites entailles sont alors pratiquées autour du membre fracturé. Cette opération est suivie d'une sorte de cautérisation (par vaporisation jusqu'à caléfaction à l'aide de petits jets d'eau, de l'huile de palme réchauffée, versée sur un morceau encore incurvé de pot de terre brisé et chauffé dans la braise ardente), le tout positionné sous la blessure ou le membre fracturé, ajoutée au massage de la blessure à l'eau chaude, et pratiquées tous les jours pendant environ un mois. De petites pièces de bambou tissées en natte avec des lianes ou du raphia servent ici de plâtrage pour immobiliser le membre fracturé après chaque intervention du tradithérapeute « *Tchakaloké* ». Dans la commune de Bassila – département de la Donga –, Aminou Bacha-

---

<sup>195</sup> Le terme « *Tchakaloké* » correspond en langue Idaïtcha, localité de Dassa dans le département des Collines au centre du Bénin, à une spécialité culturelle millénaire de la médecine traditionnelle qui s'occupe exclusivement de la prise en charge médicinale de tout type de fracture non ouverte. Cf. **Nestor Cocou ADIH**, entretien du 17 mai 2010 et **Hilaire KATCHON**, entretien réalisé le 19 juillet 2010.

bi <sup>196</sup> nous fait souligner que les fractures non ouvertes seraient bien prises en charge par des thérapeutiques traditionnelles et que régulièrement des médecins de l'hôpital de zone feraient appel aux guérisseurs pour soigner ces types de blessure. Dans l'espèce, le recours à la médecine traditionnelle est le fruit d'une mauvaise conjoncture inhérente au mauvais fonctionnement de l'institution sanitaire ou du système de santé dans son ensemble. Ce cas de figure n'est pas propre au CHD Borgou-Alibori. En effet, un peu chaque année, il se reproduit partout dans presque [138] tous les établissements publics de santé comme au CHD de l'Ouémé <sup>197</sup>, département du Sud-Bénin. Et comme partout, le même problème de panne ou de défectuosité du matériel médico-technique est récurrent de sorte que certaines populations bien avisées ne se hasardent plus sur ce chemin de l'hôpital public. Pour Valentin Agon, néo-représentant de la médecine traditionnelle,

---

<sup>196</sup> **Aminou BACHABI**, Entretien du 05 Août 2010, op. cit.

<sup>197</sup> À propos du Centre Hospitalier départemental de l'Ouémé, **Reece H. ADANWÉNON** donnait la description suivante dans la publication du 12 février 2009 du quotidien national – Fraternité : « *Avez-vous une jambe cassée, un bras brisé, ou encore une lésion à la nuque ? Ne vous rendez surtout pas au Centre hospitalier départemental de l'Ouémé (CHDO). Dans ce centre hospitalier, plus rien ne va. De plus en plus, les seuls appareils qui maintiennent ce centre hospitalier en fonction cèdent. Cela fait des jours que le seul appareil de radiologie dont dispose ce centre est en panne. Impossible donc de faire une radiographie dans le seul centre hospitalier de référence de la capitale administrative de notre pays. Pendant que certains malades sont orientés vers des centres environnants, d'autres attendent de voir un miracle se produire. En effet, ceux qui n'ont pas les moyens de se rendre à Cotonou pour effectuer les examens sont là, souffrants et attendent de se faire soigner (...). Dans cet hôpital, tout va mal parce que rien ne fonctionne normalement. Si les appareils médico-techniques ne sont pas en panne depuis des années, c'est qu'ils sont insuffisants ou même inexistantes. Comment comprendre que dans ce centre hospitalier, il n'y ait pas d'ambulance pour l'évacuation systématique des cas graves ? Qu'il n'y ait ni table de neurochirurgie, de respirateur ou de réanimateur ? Et ceci, depuis des années. A tout ceci vient s'ajouter le problème de manque de personnel. La seule table d'opération dont dispose ce centre est vétuste puisqu'elle fonctionne depuis 1960.* », in Fraternité du 12 février 2009, article de presse, rubrique Santé, « Le CHDO, un véritable mouvoir pour les malades », par **Reece H. ADANWÉNON**, [en ligne, consulté le 08 Août 2010]

« *Les hôpitaux sont en général plus malades que les patients qu'ils accueillent et cela explique le nombre de morts au quotidien.* » <sup>198</sup>.

Somme toute, les comportements ainsi observés des différents acteurs – l'État, ses institutions sanitaires et sa population –, sont ici assez révélateurs d'une certaine justification archétypale de leurs visions, de leur imaginaire d'un système de soins pluraliste, partagé entre tradition et modernité, privé et public, entre centralité des décisions et décentralisation. Dans cette optique, une certaine influence des institutions peut expliquer ici l'orientation prise par les comportements des acteurs observés. Ainsi, en reprenant dans l'espèce la [139] « perspective culturelle » <sup>199</sup> ou cognitive dans l'analyse institutionnelle de l'action publique de la santé, nous pouvons constater que le poids des traditions, autant dire la vision culturelle et sociétale environnante se déteint largement sur les politiques publiques mises en œuvre dans l'organisation du système des soins de santé. Ainsi, les obstacles culturels de la tradition, les conceptions populaires des réalités du monde vivant et immatériel, représentent parfois ici, des prétextes qui justifient l'absence de stratégie organisationnelle et efficiente des structures publiques des soins de santé. Cette connaissance culturaliste est prégnante en l'occurrence dans l'action publique de la santé. Il s'agit d'une certaine manière, à l'instar des hôpitaux publics en déréliction des ressources logistiques indispensables à leur fonctionnement substantiel, d'une action publique sanitaire sans enjeu politique utilitaire – par exemple électoraliste – mais authentiquement

---

<sup>198</sup> **Valentin AGON**, Pourquoi et comment constituer les États-Unis d'Afrique ? Pourquoi l'Afrique reste en retard pour son développement ? L'appel à l'intelligence du devoir de l'audace d'être nous-mêmes, op. cit., p. 51, [en ligne], document disponible sur le site web [www.afrique-emergence.com](http://www.afrique-emergence.com), [consulté le 19 août 2010]. **Valentin AGON** dresse ici le constat selon lequel : « L'état des hôpitaux fait honte, une simple visite des urgences dans les capitales africaines révèle l'état désastreux, hideux, inhumain, indigne de l'homme que nous sommes. Des blessés couchés par terre, abandonnés à leur sort, d'autres alignés dans les couloirs, le nombre des soignants très insuffisants, les médecins débordés et visiblement fatigués et énervés. Les hôpitaux sont en général plus malades que les patients qu'ils accueillent et cela explique le nombre de mort au quotidien. », **Valentin AGON**, *ibidem*.

<sup>199</sup> **Peter A. HALL, Rosemary C. R. TAYLOR**, « La science politique et les trois néo-institutionnalismes ». In : *Revue française de science politique*, 47<sup>e</sup> année, n° 3-4, (Traduit de l'Anglais par Jean-François Baillon), op. cit.

compatible avec les conceptions traditionnalistes de la population et un certain culturalisme ambiant. C'est donc le résultat d'une vision partagée du monde à travers le filtre culturel des traditions, des conceptions populaires de la fatalité là où la causalité et une culture de la responsabilité publique voire politique devraient intervenir pour corriger les défaillances d'un système de soins pourtant organisé.

En revanche, seule la « perspective calculatrice »<sup>200</sup> peut expliquer dans l'espèce les réactions adoptées par les populations pour se faire soigner en privilégiant l'un ou l'autre de leurs intérêts : soit, comment se faire soigner sans se ruiner économiquement – médecine traditionnelle réputée empathique et solidaire –, soit, comment se faire soigner efficacement en bénéficiant des meilleures techniques du marché des soins médicaux – cliniques privées modernes avec une offre médicale efficiente –, les deux intérêts recherchés n'étant pas exclusifs l'un de l'autre, tant s'en faut. La perspective calculatrice – nous l'avons déjà soulignée –, met un accent particulier sur le comportement plutôt stratégique des individus qui cherchent ainsi à maximiser leurs propres intérêts en profitant au mieux des informations générées par les institutions et privilégier en conséquence les moyens efficaces pour s'assurer un résultat favorable.

[140]

Cependant, la recherche constante des meilleures thérapeutiques biomédicales, entre le public et le privé peut finalement faire tomber l'intérêt de la population pour la médecine des hôpitaux publics au profit du secteur privé ; situation, somme toute, favorable à la fois, à une privatisation et incidemment, à une privation des soins médicaux pour les plus défavorisés.

---

<sup>200</sup> Peter A. HALL, Rosemary C. R. TAYLOR, *ibidem*.

## Section 2.

### L'hôpital public en question : un milieu de soins en proie à la désaffection ?

[Retour au sommaire](#)

« *Infirmiers malades de l'État, patients malades des infirmiers, État malade de la gestion sociale du malheur qu'il a en charge, la santé publique amène à remettre en question la société tout entière.* ». In Bernard Hours <sup>201</sup>, *L'État sorcier. Santé publique et Société au Cameroun.*

L'hôpital public serait-il plus malade que ses patients ? A travers cette question se trouve posé en tout point le problème de l'efficience et de l'efficacité d'une action publique sectorielle afférente à la santé publique. L'efficience est entendue ici au sens de performance tant organisationnelle que logistique des programmes et structures dédiés à la santé publique sur un territoire. L'efficacité étant ici la conséquence logique d'une action publique efficiente qui produit effectivement ses résultats en termes de création et d'amélioration des conditions nécessaires pour aussi bien maintenir que restaurer la santé des populations et de leur milieu [141] naturel. À première vue, la désaffection populaire qui menace de plus en plus l'hôpital public peut, à l'évidence, cacher un problème de pénuries des ressources nécessaires pour un fonctionnement normal, par conséquent efficient et efficace du service public de la santé. L'absence de ces conditions nécessaires pour la viabilité et la performance du service public de la santé peut favoriser non seulement la concurrence des acteurs privés mais aussi une difficulté croissante d'accessibilité du système des soins de santé dans son ensemble. Dans cette étude, nous verrons comment les moyens cor-

---

<sup>201</sup> **Bernard HOURS**, *L'État sorcier. Santé publique et Société au Cameroun*, Collection : Connaissance des hommes, Paris, l'Harmattan, 1985, p. 159.

rectifs recherchés par l'action publique relative à la planification et la gestion de la santé publique, conciliant gouvernance et décentralisation, laissent pourtant récurrents en tout point les problèmes d'accessibilité au système de soins biomédical. Néanmoins, la politique de décentralisation amorcée dans le pays, défend partout un État de proximité avec des services publics disponibles et accessibles en tout lieu du territoire. En effet, le renouveau du local après le Renouveau démocratique au Bénin s'impose désormais, bon an mal an. C'est la consécration à tout le moins des assises des états généraux de l'administration territoriale de 1993. Partant, la décentralisation est devenue le nouvel étendard de la réforme territoriale voire le point d'ancrage des politiques publiques au Bénin du Renouveau démocratique. Partout domine une idée de refondation de l'État béninois par la réforme territoriale : une logique de l'action publique subséquente à la transition démocratique de 1990. Le Renouveau démocratique instaura la liberté. La liberté inspira les appels du peuple pour un développement véritable à la base : c'est désormais le leitmotiv des nouvelles politiques publiques dans le pays du Renouveau démocratique. Convaincus tant bien que mal par les bailleurs de fonds internationaux, les pouvoirs publics entendent également faire du découpage territorial amorcé, un tremplin pour réussir la spatialisation du Renouveau démocratique. Les nouvelles entités territoriales circonscrites par ce nouveau découpage du territoire sont régies par le principe à valeur constitutionnelle de libre détermination. Les collectivités territoriales créées par les lois de décentralisation du 15 janvier 1999, au nombre de soixante-et-dix-et-sept (77), ont de ce fait reçu le statut de collectivités territoriales autonomes. Celles-ci reçoivent la pleine compétence pour leur administration mais tant s'en faut, les ressources afférentes peinent encore à venir.

## Titre 1.

# Hôpital public, sociologie d'une profession malade de ses pénuries

[Retour au sommaire](#)

L'hôpital public connaît sur l'ensemble du territoire délimité par cette étude, un sérieux problème de pénuries de ses ressources nécessaires tant humaines que matérielles. Nous mettrons ici en évidence ces pénuries en considérant les quatre composantes suivantes des professions de santé et leur organisation du point de vue de l'action publique : Les professions médicales et pharmaceutiques, les professions de soins, les professions de rééducation, les professions médico-techniques. Cette classification des professions de santé mise en relief par Yvette Rayssiguier <sup>202</sup> et alii présente un intérêt du point de vue de la consistance et de la transparence inhérente à la planification des compétences requises à tous les niveaux pour une dispensation adéquate et efficace des soins de santé au bénéfice des populations.

Les professions médicales et pharmaceutiques correspondent aux compétences biomédicales du médecin, du chirurgien-dentiste, du pharmacien, de la sage-femme.

Les professions de soins renvoient aux compétences de l'aide-soignant, de l'auxiliaire de puériculture, des infirmiers : infirmier-anesthésiste, infirmier de bloc opératoire, de la puéricultrice.

Les professions de rééducation recouvrent les compétences du diététicien, du masseur-kinésithérapeute, de l'ergothérapeute, du psychomotricien, de l'orthoptiste, du pédicure, du podologue, de l'orthophoniste.

Les professions médico-techniques se rapportent aux compétences de l'opticien-lunetier, de l'audioprothésiste, du technicien de labora-

---

<sup>202</sup> **Yvette RAYSSIGUIER, Josianne JEGU, Michel LAFORCADE**, (dir.), *Politiques sociales et de santé. Comprendre et agir*, Rennes, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), 2008, p. 337. Voir en annexe 2, document n°1, le tableau correspondant à ces différents niveaux de compétence des professions de santé.

toire d'analyse de biologie médicale, du manipulateur d'électroradiologie médicale, de l'ambulancier.

Un système de soins de santé efficient et de qualité doit pouvoir disposer sur son territoire de l'ensemble de ces composantes sanitaires nécessaires pour satisfaire avec plénitude à toutes les demandes de soins de santé des populations. Le système [143] sanitaire du Bénin est organisé en cinq niveaux de compétences hiérarchisés <sup>203</sup> de la manière suivante : d'abord, le Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou (CNHU) ensemble avec l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant-Lagune (HOMEL), le Centre National de Pneumophtisiologie (CNPP) et le Centre National de Psychiatrie (CNP) ; ensuite, les Centres Hospitaliers Départementaux (CHD) et enfin, les Hôpitaux de Zones Sanitaires (HZS, une zone sanitaire regroupe une ou plusieurs communes), les Centres de Santé Communaux, (CSCOM) et les Centres de Santé d'Arrondissement (CSA).

---

<sup>203</sup> Adrien HOUNGBÉDJI, *Il n'y a de richesse que d'hommes*, Paris, Editions de l'Archipel, op. cit., p. 170 et République du Bénin, Ministère Chargé du Plan, de la Prospective et du Développement (MCPD), Agence de Financement des Initiatives de Base (AGeFIB), « Étude du Cadre de Gestion des Risques Environnementaux et Sociaux (CGRES) du Projet National de Développement Conduit par les Communautés (PNDCC) », Janvier 2004 : « *Le système national de gestion sanitaire dans sa conception, a pour unité la plus décentralisée la zone sanitaire (ZS) dont la compétence territoriale dépasse souvent celle des communes issues du découpage territorial administratif (sauf à Cotonou où la seule commune héberge trois zones sanitaires). La ZS constitue donc le niveau périphérique de la pyramide sanitaire.* », p. 84

## *A\*) L'hôpital public en mal des professions médicales*

[Retour au sommaire](#)

Comment s'opère l'articulation des professions médicales et pharmaceutiques dans la pyramide sanitaire <sup>204</sup> définie par le découpage territorial inspirée de la nouvelle réforme de décentralisation de 2002 ? Tout d'abord, il faut rappeler que la Zone sanitaire (ZS) représente par excellence l'unité médico-administrative la plus décentralisée compétente pour dispenser des soins de premières interventions auprès d'une collectivité territoriale d'au moins deux cents mille (200.000) habitants. Elle représente un territoire d'une à plusieurs communes et est dirigée par un médecin coordonnateur de zone qui assume de fait une responsabilité essentiellement administrative. La zone sanitaire comprend un hôpital de zone qui [144] peut être public ou privé et qui constitue l'hôpital de référence des structures de soins de niveau secondaire tels que les Centres de Santé Communaux (CSCOM), les Centres de Santé d'Arrondissement (CSA) et les Unités Villageoises de Santé (UVS) voire des Unités de Santé de Quartier (USQ). L'hôpital de zone a des compétences médicales d'ordre généraliste : une capacité en chirurgie d'urgence, en soins gynéco-obstétriques, des unités de laboratoire, de radiologie, de stomatologie et une pharmacie. Le CSCOM et le CSA équipés d'un dispensaire au moins et d'une maternité sont conçus pour offrir des soins de qualité de premières nécessités avec un personnel soignant qualifié tels qu'un infirmier et une sage-femme. Les UVS à l'instar des USQ, avec les interventions d'une matrone ou d'un secouriste représentent les premiers échelons d'entrée dans ce système médico-administratif de la zone sanitaire. Ce système médico-administratif organisé en réseaux d'acteurs médico-techniques pour agir et interagir au plus près des populations c'est-à-dire pour une couverture sanitaire efficace à la ba-

---

<sup>204</sup> Cette pyramide sanitaire correspond à trois niveaux médico-administratifs : tout d'abord le niveau périphérique des zones sanitaires, ensuite le niveau intermédiaire des Centres Hospitaliers et Départementaux et enfin le niveau national représenté par le Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou ainsi que le Ministère de la Santé. Voir le document n°4 (Tableau) en annexe n°2.

se, présente pourtant un problème d'effectif et de moyens. Un problème d'effectif du personnel soignant qualifié car dans une zone sanitaire, la prise en charge médicale par un médecin n'est possible que dans l'hôpital de zone bien souvent éloigné du CSCOM, du CSA, de l'UVS ou de l'USQ. Dans certains cas, l'intervention médicale est rendue difficile par la pénurie<sup>205</sup> de médecin dans l'hôpital de [145] référence de la zone sanitaire. Un problème de moyens car, non seulement, le plateau technique de la zone sanitaire, autant dire l'hôpital de référence de la zone, est éloigné des populations à la base, mais encore, les moyens de communication telles que les voies carrossables avec du matériel d'urgence mobiles ou l'établissement d'une liaison aérienne pourvue des équipements nécessaires, font quantitativement défaut. Ainsi, les populations continuent de parcourir de longues distances pour leurs besoins de prise en charge médicale. De la même

---

<sup>205</sup> « L'insuffisance et la mauvaise répartition des ressources humaines limitent sérieusement la mise en oeuvre de la réforme du système de santé en zones sanitaires. En effet, le personnel nécessaire au développement des zones sanitaires manque de manière criarde. Par exemple, pour une population estimée à 230 000 habitants, la zone sanitaire de Kétou-Pobè-Adja Ouèrè ne compte que cinq (5) médecins, y compris le Médecin-Coordonnateur de Zone, soit un (1) médecin pour 46 000 habitants. Le Centre de Santé de Sous-préfecture (CSSP) de Kétou, qui polarise sept (7) complexes communaux de santé (CCS), ne dispose pas d'un médecin et l'hôpital de zone de Pobè manque de personnel qualifié nécessaire à la prise en charge des cas référés. Certains centres de santé sont encore dirigés par des agents non qualifiés, comme dans le cas où un aide-soignant dirige une maternité. Dans la zone sanitaire de Savalou-Bantè, il y a un manque d'infirmier-anesthésiste et le seul chirurgien de l'hôpital de zone est obligé de se déplacer périodiquement au CSSP de Bantè pour y faire des interventions chirurgicales. Ce déficit en personnel est assez remarquable dans le nord du pays et, à titre d'illustration, dans la zone sanitaire de Natitingou-Toucountouna-Boukoumbé, la mission a noté un besoin de recrutement de personnel complémentaire estimé à 46 agents, toutes catégories confondues. Habituellement, le personnel soignant affecté dans les formations sanitaires de cette région du pays n'y reste pas et préfère exercer des activités dans le sud. Cette situation de pénurie de personnel qualifié est aggravée par la décision prise par l'État en 1987 de geler le recrutement du personnel de la fonction publique dans le cadre de la recherche de l'équilibre des agrégats macro-économiques. ». In **Cheikh S. A. MBENGUE, Albert TINGUE-AZALOU, et Pascal OMYALE**. Septembre 2000. Zones sanitaires, cogestion et décentralisation au Bénin. Rapport technique N° 52 Bethesda, MD : Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc., pp. 23 et 24

manière, la couverture pharmaceutique des zones sanitaires est confrontée à deux types de pénuries : la première est liée aux médicaments essentiels, la seconde à l'implantation ou la répartition des officines pharmaceutiques <sup>206</sup> dans l'aire de la zone sanitaire. En effet, certains médicaments de spécialité y compris leurs génériques ne sont pas toujours disponibles lorsque l'officine de pharmacie existe à proximité. De surcroît, le pharmacien qui est aussi un commerçant préfère souvent s'installer dans les aires urbaines à forte densité humaine, où les populations sont réputées suivre régulièrement, pour leurs besoins en soins de santé, des thérapeutiques modernes. Partant, la zone sanitaire, entité opérationnelle médico-administrative dont le fonctionnement devrait partout reposer sur la mise en cohérence organisationnelle et l'interaction systémique voire dynamique de ses différents acteurs et instances de décisions médicales, souffre d'insuffisance ou de pénurie à la fois quantitative et qualitative de ses ressources ou moyens d'action pour être efficace. En effet, la proximité médicale territoriale recherchée avec l'institution de la zone sanitaire n'est finalement qu'une apparence de réalité face à cette déréliction des compétences médicales et pharmaceutiques que connaît cette zone des soins de santé primaires. Au total, trente-et-quatre (34) zones sanitaires <sup>207</sup> se répartissent la couverture en soins de santé primaires des soixante-et-dix-et-sept (77) communes issues du nouveau découpage territorial institué par la réforme de [146] décentralisation mise en œuvre en 2002. Ainsi, la zone sanitaire qui concerne la couverture en soins de santé primaires (SSP) d'au moins deux communes en règle générale, intègre une dynamique intercommunale qui laissent pourtant transparaître une certaine rivalité des communes. C'est que, certaines communes ne manquent pas d'exprimer leurs frustrations devant leur situation géographique qui leur impose de transférer à l'hôpital de zone, dans une commune limitrophe, les cas pathologiques ou morbides

---

<sup>206</sup> « L'absence de magasin répartiteur des médicaments au niveau des zones sanitaires (sauf à Natitingou-Toucountouna-Boukoubé) et les fréquentes ruptures de stock enregistrées au niveau de la Centrale d'Achat des Médicaments (CAME) sont assez préjudiciables au fonctionnement des zones sanitaires. ». In **Cheikh S. A. MBENGUE** et alii Septembre 2000. Zones sanitaires, cogestion et décentralisation au Bénin, op. cit., p. 25.

<sup>207</sup> **OMS**, 2009, Stratégie de coopération, [en ligne] disponible sur : <http://www.who.int/countryfocus> WHO/DGR/CCO/09.03/Benin, [consulté le 04 septembre 2010].

jugés référentiels. Autrement dit, il s'agit des cas de morbidité dont l'état d'urgence impose une réponse médicale plus ou moins adéquate et qui dépasseraient le niveau de compétence des structures sanitaires de la commune dépourvue de l'assise géographique de l'hôpital de zone. En outre, l'intercommunalité est pensée comme un outil de développement territorial élargissant ainsi l'offre des services de proximité aux populations concernées. C'est que chaque exécutif municipal défend pour son territoire et sa collectivité locale, la réalisation de tout projet public bénéfique pour la communauté en termes de développement local et de proximité des services publics. La proximité médicale assignée à la zone sanitaire est, de fait, une proximité avec les soins de santé primaires pour lesquels, les niveaux de compétence suivent une échelle pyramidale dont le sommet est représenté ici par le médecin-coordonnateur assisté d'un nombre restreint de médecins et la base pourvue par la sage-femme, l'infirmier, la matrone et le secouriste. Ainsi, ce niveau périphérique de l'administration du service public de la santé met rarement le malade ou l'utilisateur du service de santé en contact avec un médecin. Une étude conduite en 2004 par le Ministère Chargé du Plan, de la Prospective et du Développement (MCPD) <sup>208</sup> insiste sur le constat selon lequel : « *L'insuffisance et la mauvaise répartition des ressources humaines limitent sérieusement la mise en œuvre de la réforme du système de santé en zones sanitaires. Le personnel manque de façon criarde, comme par exemple dans le département de la Donga où il n'y a que six médecins, soit plus de cinquante-et-six-mille (56 000) habitants par médecin. La zone sanitaire de Tchaourou (la plus vaste du pays) n'a quant à elle aucun médecin. Les [147] communes devraient en principe prendre des mesures pour remédier à de telles situations.* ».

De surcroît, l'autonomie administrative de la zone sanitaire n'est pas renforcée dans la mesure où l'État <sup>209</sup> central à travers le Ministère-

<sup>208</sup> République du Bénin, Ministère Chargé du Plan, de la Prospective et du Développement (MCPD), Agence de Financement des Initiatives de Base (AGFIB), « Étude du Cadre de Gestion des Risques Environnementaux et Sociaux (CGRES) du Projet National de Développement Conduit par les Communautés (PNDCC) », op. cit., p. 86.

<sup>209</sup> « La gestion proprement dite, des crises sanitaires relève au niveau national des attributions du ministère de la santé (MSP) à travers sa Direction Nationale de la Protection sanitaire (DNPS). Qu'il s'agisse des épidémies, des catastrophes

re de la Santé Publique (MSP) et la Direction Nationale de la Protection Sanitaire (DNPS) restent toujours les acteurs clefs dans l'organisation et la coordination des actions de prévention et de gestion des crises sanitaires aux niveaux périphérique et départemental. Le problème posé ici est donc celui du transfert effectif des ressources mais aussi des compétences permettant aux communes et aux zones sanitaires <sup>210</sup> d'assumer pleinement leur autonomie administrative ainsi qu'une gestion territoriale efficace de la santé communautaire. Partant, l'absence ou l'insuffisance d'une réponse médicale efficiente à l'intérieure de la zone sanitaire renforce la propension des populations au pluralisme thérapeutique. Ensuite, au niveau intermédiaire de cette organisation sanitaire pyramidale se trouvent les Centres Hospitaliers Départementaux (CHD). Leur pilotage est assuré par la Direction Départementale de la Santé Publique (DDSP) dont l'une des missions <sup>211</sup> est de servir véritablement [148] d'intermédiaire entre

---

trophes avec déplacements massifs de populations que des intoxications à grande échelle, la DNPS constitue donc le « bras séculier » du gouvernement dans les aspects sanitaires. Cette direction est aidée dans sa tâche par la Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base (DHAB) pour les questions relatives à l'hygiène et à l'assainissement du milieu en situation d'urgence, la Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM) s'agissant de la logistique pour les interventions de la DNPS, et enfin la Direction des Pharmacies et Explorations Diagnostiques (DPED) à travers les laboratoires d'appui au diagnostic des maladies. Le Service Épidémiologie et Surveillance Sanitaire des Frontières (SESSF) de la DNPS constitue le lieu de centralisation de l'information épidémiologique. ». In **République du Bénin, Ministère Chargé du Plan, de la Prospective et du Développement (MCPD), Agence de Financement des Initiatives de Base (AGeFIB)**, op. cit., p. 88

<sup>210</sup> Dans la même perspective, **René Xavier PERRIN**, professeur de gynécologie obstétrique à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant-Lagune (HOMEL) souligne que : « *Les zones sanitaires souffrent de problème crucial de disponibilité des ressources techniques. Le problème se pose dans une certaine mesure à Cotonou où il y a trois zones sanitaires et une pluralité d'établissements de soins. A fortiori, c'est le désert complet dans les localités du Nord du pays sauf dans les centres confessionnels où grâce aux œuvres humanitaires, les médicaments sont distribués aux patients, gratuitement ou à moindre coût.* ». Cf. **René Xavier PERRIN**, entretien du 16 novembre 2010.

<sup>211</sup> La DDSP a pour mission de mettre en œuvre la politique sanitaire définie par le MSP. Elle planifie et coordonne toutes les activités des services de santé ; elle assure la surveillance épidémiologique et sert de courroie de transmission des actions et informations entre l'échelon central et les zones sanitaires ; elle

l'échelon central ou gouvernemental de la santé publique et l'échelon périphérique des zones sanitaires. Douze départements <sup>212</sup> sont issus de l'actuel découpage territorial initié par la réforme de décentralisation de 2002 mais seulement cinq CHD <sup>213</sup> organisent en tout point le niveau intermédiaire de la pyramide sanitaire qui accomplit ainsi la décentralisation médiane du service public de la santé. Cette organisation spatiale des CHD à l'instar des hôpitaux de zone pour le territoire communal apporte, de fait, une moindre amélioration au parcours de soins de l'utilisateur des établissements publics de santé. En effet, la distance à parcourir pour arriver au CHD reste non négligeable pour les usagers en provenance des départements territorialement dépourvus de ce type d'établissement. Ainsi par exemple du CHD Borgou/Alibori localisé dans la municipalité de Parakou – département du Borgou – où certains usagers en provenance de Karimama et de Malanville – département de l'Alibori – doivent parcourir une moyenne de trois cents kilomètres (300 km) pour tout besoin de prise en charge médicale au niveau de référence sanitaire intermédiaire du CHD. Pourtant des efforts colossaux sont consentis par le Ministère de la Santé Publique pour planifier la dispensation des soins médicaux dans chaque département. De fait, la pyramide sanitaire est confrontée non seulement à la pénurie des compétences médicales mais encore à l'existence de structures sanitaires peu adaptées aux besoins des usagers et structurellement mal organisées. C'est fort de ce constat que Denis-Clair Lambert <sup>214</sup> en vient à supposer que : [si] « *Le « désastre*

---

gère les crédits alloués aux zones sanitaires ; elle suit et contrôle la conformité des actions des zones sanitaires avec les stratégies et normes nationales ; elle apporte un appui technique aux zones sanitaires en cas de besoin. Voir **République du Bénin, Ministère Chargé du Plan, de la Prospective et du Développement (MCPPD), Agence de Financement des Initiatives de Base (AGeFIB)**, op. cit., p. 87

<sup>212</sup> Voir le document n° 2 en annexe 1 : la carte politique et administrative du Bénin.

<sup>213</sup> L'assise territoriale des cinq CHD est organisée par couplage d'un CHD sur deux départements : ainsi par exemple du CHD Atacora/Donga, du CHD Borgou/Alibori, du CHD Mono/Couffo, du CHD Ouémé/Plateau et du CHD Zou/Collines. Les départements du Littoral et de l'Atlantique relèvent non pas d'un CHD mais du CNHU, de l'HOMEL, avec lesquels ils ont une proximité territoriale.

<sup>214</sup> **Denis-Clair LAMBERT**, La santé, clé du développement économique. Europe de l'Est et Tiers-Monde, L'Harmattan, op. cit. p. 204

*sanitaire » de l'Afrique est le plus souvent attribué à la pénurie de médecins, d'hôpitaux et de moyens financiers ; l'explication n'est pas entièrement satisfaisante car ces pays sont inégalement pauvres : ils dépensent plus pour la santé que les pays pauvres d'Asie du Sud, sans obtenir les mêmes progrès [149] sanitaires (...). Des organigrammes séduisants mais vides retracent la hiérarchie théorique des structures institutionnelles et les cheminements de la planification sanitaire, du centre de soins de brousse à l'hôpital universitaire de la Capitale. ».*

Au plan de l'efficacité du plateau technique, les CHD sont censés offrir des prestations de soins en médecine, toutes catégories confondues – pédiatrie, chirurgie, gynéco-obstétrique – des services de radiologie, de laboratoire, de stomatologie et autres spécialités, soit un plateau technique légèrement plus fourni que celui d'un hôpital de zone. Bien que le nombre de médecins opérationnels au niveau de référence départemental ou intermédiaire de la pyramide sanitaire soit plus important que dans la sphère territoriale de l'hôpital de zone, les problèmes liés à la pénurie <sup>215</sup> de médecins ne s'en trouvent pas pour autant moins posés. En effet, la répartition spatiale des médecins – toutes catégories et tous secteurs confondus –, sur les douze départements présente de grandes disparités <sup>216</sup> qui témoignent d'une certaine désaffection des médecins pour la quasi-totalité des départements à l'exception du Littoral, de l'Atlantique et de l'Ouémé. Ainsi, sur les neuf-cent-trente-et-neuf (939) médecins que comptait le Bénin au 31 décembre 2002 selon les estimations <sup>217</sup> du Ministère de la santé pu-

<sup>215</sup> Du reste, cette pénurie de médecins pour reprendre les constatations dressées par **Adrien HOUNGBÉDJI**, pourrait s'aggraver avec les départs des médecins soit pour la spécialisation, soit pour une carrière dans l'administration publique ou politique, dans l'enseignement de la médecine et plus encore pour la retraite. Voir **Adrien HOUNGBÉDJI**, *Il n'y a de richesse que d'hommes*, Paris, Editions de l'Archipel, op. cit., p. 172

<sup>216</sup> Le tableau A (document n°2) en annexe 2, présente les rapports en nombre d'habitants par médecin dans les douze départements du Bénin au 31 décembre 2002.

<sup>217</sup> Ces statistiques sont élaborées par le Ministère de la Santé Publique en collaboration avec le Service des Statistiques de la Documentation et de Recherche Opérationnelle SSDRO et le SNIGS : Système National d'Information et de Gestion Sanitaire. Cependant, selon l'OMS qui avertit prendre en compte dans ses calculs des méthodes propres qui peuvent être différentes de celles mises en œuvre dans les statistiques officielles des États membres, le Bénin totalise-

blique, plus de la moitié, [150] soit cinq-cent-vingt-et-deux (522) exerçaient dans le Littoral, quatre-vingt-et-seize (96) dans l'Atlantique, quatre-vingt-et-onze (91) dans l'Ouémé contre seulement six (6) dans la Donga et treize (13) dans l'Alibori. Selon Adrien Houngbédji <sup>218</sup> qui souscrit ainsi à l'idée de l'existence d'un problème structurel lié à la répartition spatiale du personnel de santé et à l'organisation interne des établissements publics de soins de la pyramide sanitaire, les dysfonctionnements constatés se traduisent par : « *Un déséquilibre géographique des effectifs, en défaveur des localités déshéritées et éloignées ; une absence de maîtrise de la mobilité interne et externe du personnel (absentéisme, mutation, détachement, sollicitations professionnelles, etc.) ; une pénurie de certaines catégories de ressources humaines (notamment les médecins spécialistes, les techniciens supérieurs de laboratoire et de radiologie, les anesthésistes, etc.) ; une pléthore de personnel d'appui et de soutien.* ».

Cette situation peu reluisante, au préjudice du parcours de soins, renforce davantage la distance qui sépare le corps médical avec son discours scientifique et technique du corps social avec ses usages séculaires, ses habitus et ses conceptions populaires de la vie et de la maladie. En effet, dès le départ, le corps médical et le corps social ne

---

rait en 2004 sur l'ensemble du territoire un effectif de trois cent onze (**311**) médecins, douze (**12**) dentistes, onze (**11**) pharmaciens, quatre cent soixante-et-dix-et-sept (**477**) techniciens de laboratoires, et cinq mille sept cent quatre-vingt-et-neuf (**5789**) pour son personnel infirmier. Voir en annexe n°2, le document 3 (Tableau n°1 adapté du rapport sur la santé en 2006, OMS (Bénin), répartition des agents de santé dans les États membres). De la même manière, contrairement à ces données statistiques de l'OMS, datées de 2004, la Conférence Internationale des Ordres de Pharmaciens Francophones (CIOPF) inspirée des estimations statistiques de l'Ordre national des Pharmaciens du Bénin (ONPB) déclare un effectif de deux cent quatre-vingts (**280**) pharmaciens en activité au Bénin en 2010 avec pour la même année, cent quatre-vingt-et-seize (**196**) officines pharmaceutiques contre un total de deux cent soixante (**260**) dépôts pharmaceutiques en 2004 mais fonctionnant sans la présence effective d'un pharmacien. Voir en annexe n°2 le tableau E (Données relatives aux pharmaciens et officines pharmaceutiques) adapté de la page web du CIOPF Conférence Internationale des Ordres de Pharmaciens Francophones – source – ONPB. [http://www.ciopf.org/fiches\\_des\\_pays/benin](http://www.ciopf.org/fiches_des_pays/benin) [en ligne, consulté le 18 septembre 2010].

<sup>218</sup> **Adrien HOUNGBÉDJI**, *Il n'y a de richesse que d'hommes*, Paris, Editions de l'Archipel, op. cit., ibidem.

s'étaient pas toujours bien compris : le premier – le corps médical avec son discours hygiéniste souvent associé au discours politique et moralisateur de l'État postcolonial dans sa qualité d'acteur de premier plan de la santé publique – a tôt fait de nourrir vis-à-vis de lui-même les aversions du second – le corps social – qui, de fait, lui reprocha de remettre en cause ses fondements traditionnels, de tenir un discours souvent hermétique pour le commun des mortels. Pour le corps médical, certains de ces fondements séculaires de l'ordre traditionnel alimentent les comportements à risque ou créent des menaces graves pour la santé aussi bien de l'individu que de sa collectivité. A ces divergences conceptuelles d'ordre culturaliste s'ajoute pour le corps social, la crainte circonstancielle des consultations médicales souvent révélatrices de situations assez angoissantes pour la personne malade et son entourage familial. L'angoisse de la confrontation avec le médecin, avec la révélation d'une maladie qui s'est probablement inscrite dans le cours irrémissible des événements, cette angoisse existentialiste du malade qui [151] prend alors conscience que, ni ses moyens de vie, ni les solidarités spontanées de sa collectivité pourraient ne plus suffire pour couvrir ses besoins en soins médicaux, plonge finalement dans l'expectative voire la renonciation du parcours de soins dans un cabinet médical. Maryse Esterle-Hedibel <sup>219</sup> l'énonce formellement ainsi : « *On peut constater une distance de plus en plus considérable entre médecins et patients au fur et à mesure que l'on descend dans l'échelle sociale. Aller voir le médecin représente une menace, celle de ne pas comprendre le discours médical, de se voir découvrir des maladies graves sur lesquelles le patient n'aura pas de prise.* ».

Mais fort de ses observations empiriques du système sanitaire de trois villes africaines, Yannick Jaffré <sup>220</sup> mentionne en ces termes sa vision des méfiances et de l'angoisse des populations à l'égard du

<sup>219</sup> **Maryse ESTERLE-HEDIBEL**, « Le corps en force ou le corps en forme » pp. 185-203 in **Alain GARRIGOU**, (dir.), *La santé dans tous ses états*, atlantica, op. cit., p. 188.

<sup>220</sup> **Yannick JAFFRÉ**, « Les services de santé "pour de vrai". Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey) ». In : **revue Bulletin de l'A.P.A.D.** [Association Euro-Africaine pour l'Anthropologie du Changement social et du Développement], N° 17, 1999. LIT VERLAG, Münster – Hamburg, London. [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) » p. 18, [consulté le 28 décembre 2009]

corps médical : « *Les caractéristiques de la pratique médicale expliquent en partie ces craintes, suppose-t-il. On y est souvent, aux dépens de la pudeur, dénudé. On y est parfois aussi confronté à l'obligation d'avouer certaines pratiques embarrassantes, et malheureusement toujours exposé au risque d'un diagnostic ayant la forme d'une parole oraculaire : le soignant sait à l'insu du malade ce que son corps lui réserve comme avenir.* ».

Dans un tel contexte psychosocial, la pénurie de médecins et leur répartition spatiale inégale tendent à creuser davantage la distance entre les populations et le corps médical alors opérationnel. Un problème <sup>221</sup> est ici posé et appelle en tout point des mesures publiques correctives en termes de gestion spatiale non [152] seulement des ressources humaines médicales mais encore du risque sanitaire collectif. En effet, les disparités observables, relatives à la répartition des médecins sur l'ensemble du territoire, expose la population tout entière à des risques évidents sur le plan de la santé publique. C'est que, l'absence ou l'insuffisance des réponses médicales adéquates face à un foyer local par exemple de maladies infectieuses à spectre très contagieux, représente bien sûr une menace réelle pour l'ensemble de la population. Aussi, la variable spatiale doit naturellement intégrer l'analyse expertale et l'élaboration concrète des politiques publiques en matière de sécurité et de santé dans l'optique de créer toujours plus de proximité entre les populations et le corps médical. Or la quasi-

---

<sup>221</sup> Ce problème de répartition spatiale des effectifs médicaux et paramédicaux met aussi en évidence un phénomène de pénurie encore plus persistante des matériels médico-techniques et des infrastructures sanitaires adéquates pour l'exercice raisonnable de la profession de soignant dans les régions situées au Nord du Bénin. En témoignent les affirmations suivantes de l'infirmière **Marceline KASSIN** : « *Beaucoup préfèrent exercer leur profession de soignant dans le Sud du pays car, ce n'est vraiment pas ce que l'on a appris à l'école qu'on met en œuvre surtout dans les régions du Nord du Bénin. La pratique de notre métier dans cette partie du pays n'est pas loin de la médecine traditionnelle et on risque à tout moment de désapprendre. Il n'y a pas d'infrastructure médicale et le plateau technique est très dérisoire. Ce n'est pas forcément plus sophistiqué dans les hôpitaux de Cotonou mais c'est beaucoup mieux comparé à ce qui se passe au Nord du pays.* ». Cf. **Marceline KASSIN**, entretien du 15 novembre 2010.

totalité des médecins et des sages-femmes <sup>222</sup> disponibles ont leur ancrage territorial dans les grandes aires urbaines au détriment des zones rurales où pourtant les modes de vie ancrés dans les traditions ancestrales et une importante activité aratoire imposent avant tout une politique croissante de prévention et de veille sanitaire. Par ailleurs, ces distances culturelle et géographique sont de surcroît aggravées par la qualité moyenne des prestations médicales disponibles dans les services départementaux de santé ou CHD. En cette matière, l'action publique ou les politiques publiques élaborées pour une gestion efficiente et efficace des problématiques de santé, doivent investir davantage dans une politique organisationnelle conciliant les aspects tant qualitatif que quantitatif de la performance du personnel de santé et des prestations sanitaires. Ainsi, comme le reconnaît le Bureau régional de l'OMS-Europe <sup>223</sup> : « *Le personnel de santé est primordial pour la gestion et la dispensation des services [153] sanitaires de tous les pays. De la performance, des connaissances, des compétences et de la motivation du personnel de santé dépendent l'efficacité des systèmes de santé et la qualité des services. Pour que les systèmes de santé puissent atteindre les objectifs sanitaires, dont ceux du Millénaire pour le développement, et relever les nouveaux défis ainsi posés, il est impérieux d'investir dans le personnel de santé.* ».

<sup>222</sup> Le tableau C du document n°2 en annexe 2, présente une lecture du rapport par habitants et par département des sages-femmes exerçant au Bénin au 31 décembre 2002. Comme pour les ratios de répartition des médecins, le même constat est mis en évidence quant à la répartition des sages-femmes dont une nette concentration s'observe au profit des mêmes grands pôles urbains. Par exemple, pour un total de mille vingt-et-neuf (**1029**) sages-femmes au niveau national au 31 décembre 2002, trois cent vingt-et-neuf (**329**) sages-femmes exerçaient leur activité médicale dans le Littoral, cent quatre-vingt-et-sept (**187**) dans l'Atlantique, département limitrophe du Littoral, cent cinquante-et-cinq (**155**) dans l'Ouémé, également limitrophe du Littoral contre dix-neuf (**19**) sages-femmes exerçant dans la Donga, et vingt-cinq (**25**) dans l'Alibori, dont les distances géographiques par rapport au Littoral vont de moitié au double sur les 700 kilomètres qui séparent le Sud-Bénin à partir de l'océan atlantique avec le Nord du Bénin aux abords du fleuve Niger.

<sup>223</sup> OMS, **Bureau régional de l'OMS pour l'Europe**, « Investir dans le personnel de santé pour renforcer les systèmes de santé », Aide-mémoire 06/07 Belgique, Copenhague, 17 septembre 2007, p. 1, [en ligne, consulté le 18 septembre 2010]

La prise en compte ici de la référence « qualité » dans l'analyse des prestations des services départementaux de santé doit s'entendre, d'abord, au sens d'Hervé Leteurre <sup>224</sup> et alii pour lesquels : « *La qualité d'un produit ou d'un service n'est bonne que si elle est jugée comme telle par l'utilisateur. D'où l'importance des approches par l'objet (le produit ou le service) et par le sujet (le consommateur) qui justifie de définir la qualité plus précisément comme « l'ensemble des caractéristiques qui confèrent au produit ou au service l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites et qui satisfont effectivement le consommateur ».* ».

À cette approche définitoire de la qualité, Yvette Rayssiguier <sup>225</sup> et alii font remarquer à juste titre que : « *Pour une institution ou un service sanitaire et social, la qualité comporte plusieurs dimensions : l'efficacité (aptitude à atteindre les résultats attendus), l'efficience (aptitude à produire au moindre coût), la sécurité, l'acceptabilité et l'accessibilité des interventions dans toutes ses dimensions : géographique, économique, sociale et culturelle. La démarche qualité est désormais rendue obligatoire dans l'ensemble des institutions et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux.* ».

La démarche d'assurance de qualité hospitalière offerte<sup>226</sup> aux populations à partir du plateau technique du CHD comprend une politique d'accessibilité aux services de soins, la réduction de la mortalité infantile et maternelle, un équipement en matériels médico-techniques adaptés, un personnel soignant compétent et plus complet qu'au niveau périphérique de la pyramide sanitaire. Mais la qualité perçue [154] des services de santé offerts aux populations du point de vue de l'utilisateur du service public départemental de la santé, met finalement l'empiriste devant un ensemble de contrastes entre la qualité offerte et cette qualité perçue : d'une part, le manque crucial d'infrastructures

<sup>224</sup> Hervé LETEURTRE, Irène PATRELLE, Jean-François QUARANTA, Nathalie RONZIERE, *La qualité hospitalière*, 2<sup>e</sup> édition, Paris, Berger-Levrault, Janvier 1999, p. 13.

<sup>225</sup> Yvette RAYSSIGUIER, Josianne JEGU, Michel LAFORCADE, (dir.), *Politiques sociales et de santé. Comprendre et agir*, Rennes, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), op. cit., p. 397

<sup>226</sup> Cette description de la qualité hospitalière au Bénin correspond à l'offre de soins et du plateau technique, affichée partout par le Ministère de la Santé Publique, y compris sur sa page web.

hospitalières – salles et lits d’hospitalisation – entraîne une pléthore et une promiscuité <sup>227</sup> des patients hospitalisés dans une même salle. D’autre part, le nombre insuffisant de médecins, l’absence de certaines spécialités médicales pour une prise en charge adéquate, le manque et la désuétude des équipements médico-techniques, consolident davantage les perceptions populaires dans le sens d’une qualité hospitalière stochastique autant dire mitigée ou incertaine au moment de recourir aux services du CHD. Les conditions d’accueil et de prise en charge médicale ou paramédicale à l’hôpital public sont décrites par les usagers <sup>228</sup> comme particulièrement mauvaises et humiliantes pour la dignité de la personne du malade. Plusieurs patients se disent souvent invectivés et négligés par le corps paramédical en considérant que le « respect » du soigné ou du demandeur des soins de santé – au

---

<sup>227</sup> Ce constat de promiscuité entre malades assez récurrent partout dans le système de soins public, est amplement rapporté en ces termes par **Siméon DAVODOU**, infirmier d’État au CHD Borgou/Alibori de Parakou : « *Il nous arrive régulièrement, faute d’équipement nécessaire, de maintenir hospitalisés sur un seul et même lit deux à trois enfants malades. Les parents n’ont même pas de place pour pouvoir s’asseoir près de leurs enfants malades.* ». Cf. **Siméon DAVODOU** entretien du 04 novembre 2010.

<sup>228</sup> En témoignent ces affirmations de l’un de nos enquêtés ayant séjourné à l’hôpital : « *J’ai été d’abord à l’hôpital public, au CHD avant de changer d’avis pour aller vers le privé. Au public, on te crie dessus ; on t’insulte ; l’infirmier peut te gifler : on ne te respecte pas. Les règles de conduites vestimentaires du personnel soignant paramédical telles que l’interdiction de laisser les cheveux à découvert, l’interdiction de porter des bagues, ne sont pas respectées dans l’hôpital public. On se croirait parfois assister à un défilé de mode avec les martèlements des pas des infirmières portant des chaussures aux talons pointus. Tous ces problèmes existent à l’hôpital public, surtout au CHD parce qu’il n’y a pas de surveillance comme au privé.* ». Cf. **Michèle G.**, entretien du 08 novembre 2010. Dans le même sens, **René Xavier PERRIN**, professeur de gynécologie obstétrique à l’HOMEL fait observer que souvent : « *Le personnel soignant se sent supérieur au patient ce qui ne manque pas d’impacter sur la qualité de l’accueil à l’hôpital public. Les relations soigné/soignant ne sont pas perçues comme une relation commerciale où le client est roi. Malheureusement dans l’hôpital public, c’est la règle inverse : c’est le soignant qui est roi. Mais en principe, l’accueil fait partie de la démarche qualité dont l’exigence tend progressivement à se généraliser à tous les hôpitaux publics.* ». Cf. **René Xavier PERRIN**, op. cit., entretien du 16 novembre 2010.

sens de Thomas Hobbes <sup>229</sup> dans le Léviathan – devrait [155] intégrer le protocole de qualité des soins de santé dispensés dans tous les établissements de soins, qu'ils relèvent du secteur public ou privé. Dans ses monographies sur le système de santé de quelques pays d'Afrique sahélienne, Yannick Jaffré <sup>230</sup> souligne justement que : « *Dans les services de santé, les conduites des populations balancent donc entre les craintes liées à un environnement très largement perçu comme adverse, et une recherche de médiateurs susceptibles d'expliquer les démarches administratives, d'orienter dans les salles, et d'introduire dans les consultations. Pour le dire abruptement, une grande partie des interactions sociales entre soignants et soignés oscille entre risque perçu et demande de "protection rapprochée".* ».

Nous empruntons ensuite à la sociologie des organisations pour vérifier comment se matérialise la satisfaction de l'objectif de qualité dans la sphère organisationnelle de la pyramide sanitaire, en l'occurrence les CHD comme le CNHU, c'est-à-dire leur aptitude réelle à satisfaire aux besoins de confort, de bien-être, de sécurité et de santé du consommateur ou de l'utilisateur du service public de santé. L'intérêt de cette démarche vise à mettre en évidence comment les acteurs en l'occurrence médecins et sages-femmes structurent leurs actions au sein du système de soins en privilégiant avant tout leurs propres intérêts par exemple socio-économiques. Pour Michel Cro-

---

<sup>229</sup> **Thomas HOBBS** écrivait en effet dans le Léviathan que : « *Parler à quelqu'un avec considération, apparaître devant lui avec décence et humilité, c'est l'honorer, car on lui montre qu'on craint de l'offenser. Lui parler inconsidérément, faire devant lui quelque chose d'obscène, d'incorrect ou d'impudent, c'est attenter à son honneur.* ». In **Thomas HOBBS** (1651) Léviathan. Traité de la matière, de la forme et du pouvoir de la république ecclésiastique et civile. Première partie : De l'homme. (Traduit de l'anglais par **Philippe FOLLIOT** à partir de LEVIATHAN or the Matter, Form and Power of A Commonwealth Ecclesiastical and civil, op. cit., p. 80

<sup>230</sup> **Yannick JAFFRÉ**, « Les services de santé "pour de vrai". Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey) ». In : **revue Bulletin de l'A.P.A.D.** [Association Euro-Africaine pour l'Anthropologie du Changement social et du Développement], N° 17, op. cit., [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) » p. 17, [consulté le 28 décembre 2009]

zier <sup>231</sup>, théoricien de l'acteur stratégique : « *Ce que (l'analyse organisationnelle) veut comprendre, ce n'est pas l'origine, les particularités et le développement des diverses formes d'organisations possibles mais comment des êtres humains peuvent résoudre le problème de leur coopération dans un ensemble organisé, à quelles capacités les diverses solutions font appel et à quel prix. Ce sont les fondements, les mécanismes et les conditions [156] du phénomène d'intégration qu'elle cherche à dégager à un niveau que, pour les besoins de la recherche, on décide de traiter comme autonome.* ».

En effet la sphère organisationnelle constituée par la pyramide sanitaire au Bénin ne manque pas de décrire un système de soins où le comportement des principaux acteurs – le ministère de la santé, le corps médical et le Conseil de l'Ordre des médecins ou des pharmaciens – dénote une relation <sup>232</sup> complexe de pouvoirs, de jeux, et d'intérêts de chaque acteur, de chaque structure. Dans cette optique, Michel Crozier considère justement qu' : « *Aucun système d'organisation ne peut se constituer sans relation de pouvoir et toute organisation se structure autour des relations de pouvoir qui permettent d'effectuer la nécessaire médiation entre les objectifs à atteindre et les moyens humains indispensables à leur réalisation.* » <sup>233</sup>.

<sup>231</sup> **Michel CROZIER**, « Sentiments, organisations et systèmes ». In : *Revue française de sociologie*. 1971, 12-1. Analyse de systèmes en sciences sociales (II), p. 143, [en ligne], article disponible sur Persée <http://www.persee.fr> [consulté le 14 septembre 2010]

<sup>232</sup> Pour compléter cette théorie de la sociologie de l'intérêt et de l'interdépendance de l'acteur stratégique avec les jeux, les possibles et les contraintes de l'organisation, **Hervé LETEURTRE** et alii soulignent en effet que : « *Les sociologies américaine et française ont depuis des dizaines d'années permis d'établir que l'individu cherche à satisfaire ses propres besoins au travers de sa participation à l'organisation (Argyris, Zaleznick...) et que, même dans des situations de dépendance et de contrainte, et même s'il est incapable d'optimiser sa liberté (March et Simon), « non seulement l'homme ne s'adapte pas passivement aux circonstances, mais il est capable de jouer sur elles et les utilise beaucoup plus souvent qu'on ne croit de façon active » (M. Crozier et E. Friedberg, 1977, p. 43).* ». In, **Hervé LETEURTRE, Irène PATRELLE, Jean-François QUARANTA, Nathalie RONZIERE**, *La qualité hospitalière*, 2<sup>e</sup> édition, Paris, op. cit., p. 61

<sup>233</sup> **Michel CROZIER**, « Sentiments, organisations et systèmes ». In : *Revue française de sociologie*. 1971, 12-1. Analyse de systèmes en sciences sociales (II), op. cit., p. 144.

Ainsi, la fonction publique hospitalière, à l'instar de toute organisation est un système conflictuel où plusieurs enjeux d'intérêt, de liberté, de contrainte et de pouvoir s'enchevêtrent et contrebalancent en permanence. Jean-Paul Dumond <sup>234</sup> observe plus ou moins le même phénomène de conflictualité au sein de la fonction publique hospitalière en France lorsqu'il affirme que dans les hôpitaux français : « *Il existe (...) de nombreux (...) points de conflit qui peuvent être liés à l'imbrication des différentes fonctions, à la conflictualité sociale extra-hospitalière (entre hommes et femmes, par exemple), à la construction de nouveaux rapports avec les patients, ou encore à la personnalité des individus. À vrai dire, comme dans la plupart des organisations de travail, tout le monde est un peu en conflit avec tout le monde et les enjeux y sont à peu près identiques. Ils [157] mettent en évidence des concurrences pour des places supposées prééminentes ou de pouvoir, le désir de s'engager et de créer qui nécessite une certaine liberté et des moyens, des recouvrements de fonctions, des conceptions et des valeurs différentes, des revendications de justice, des angoisses identitaires, le désir de se croire au-dessus des autres et de multiples dépendances.* ».

Aussi, afin d'assurer la permanence et le fonctionnement optimal du système des soins de santé, la régulation systémique impulsée du haut par le corps des gestionnaires ou administrateurs de la fonction publique hospitalière devrait-elle également prendre en compte la régulation nécessaire interne du jeu des stratégies individuelles. De la même manière pour Michel Crozier qui défend ainsi l'intérêt d'une approche organisationnelle, dans la médiation entre les intérêts des acteurs et les objectifs prônés par le système : « *L'analyse stratégique consiste (...) à se servir des commentaires des acteurs pour remonter à la source de leurs conflits, puis à analyser à travers les décisions-clefs qui les concernent, le type de solution généralement donné à ces conflits et le jeu implicite qui y correspond. Dans cette perspective, où l'organisation est considérée comme un jeu, structures et hiérarchies*

---

<sup>234</sup> **Jean-Paul DUMOND**, « Les conflits de pouvoir à l'hôpital » pp. 71-81 in Revue Sève : Les Tribunes de la santé 2003/1 (n° 1). Santé, où sont les pouvoirs ? Editions Presses de Sciences Po, pp. 70 et 71, [en ligne] article disponible sur Revue : <http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2003-1.htm> [consulté le 2 septembre 2010]

*apparaissent alors comme les contraintes et les règles qui conditionnent ce jeu.* » [Michel Crozier, 1971 *ibidem*, p. 145].

Dans cette optique, en se référant aux revendications et observations des médecins béninois ou africains formés au Bénin comme à l'étranger, la désertion des structures publiques sanitaires hospitalo-départementales serait essentiellement justifiée par des motivations socio-économiques, le problème des avancements statutaires, l'insuffisance ou l'absence d'un cadre de travail favorable aux activités de recyclage, d'acquisition de nouvelles compétences ou de veille scientifique et surtout la pénurie des équipements médico-techniques. Cette désertion récurrente des structures publiques hospitalo-départementales entraîne deux types de mouvement des praticiens de la médecine vers d'autres secteurs jugés plus rémunérateurs : d'une part le secteur privé de la médecine mieux équipé en matériels médico-techniques, avec une pratique salariale mieux adaptée au pouvoir d'achat et au niveau de compétence d'un médecin, focalise l'attention de bon nombre de médecins déserteurs. D'autre part, l'expatriation vers les pays du Nord offre aux médecins déserteurs la possibilité de combler leurs nombreuses attentes [158] en termes de conditions socio-économiques : le pouvoir d'achat, le bien-être social, de meilleures conditions de travail, le confort et la sécurité. Une étude similaire réalisée par Samuel Kingue <sup>235</sup>, sur les causes de la démotivation des médecins camerounais et africains à exercer leur profession dans leur pays met en relief deux causes principales : d'abord, cette étude met en cause une mauvaise condition de vie en termes de mauvaise cohésion sociale ; absence d'infrastructures socio-éducatives, absence de confort ; le coût élevé de la vie, et une insécurité galopante. Ensuite, elle met l'accent sur les mauvaises conditions de travail des médecins déserteurs, tels que le manque d'équipements et d'infrastructures sanitaires, un climat interne souvent délétère, l'insécurité, l'isolement, l'enclavement, l'absence d'encadrement régulier, l'insuffisance de formations supplémentaires et enfin, une prise en charge insuffisante ou inadéquate des maladies ou problèmes de santé du personnel soignant. Ces causes de la démotivation dans le rang du personnel de

---

<sup>235</sup> **Samuel KINGUE**, professeur de médecine, (Yaoundé), « Migration des personnels de la santé : données actuelles, proposition de solution », 40ème anniversaire. Faculté de médecine et des sciences biomédicales (FMSB). Yaoundé. Juillet 2009, p. 18.

santé constituent les contraintes et les causes qui annihilent puis mettent en péril l'aptitude du CHD comme de l'ensemble de la pyramide sanitaire, à proposer et à assurer un service de santé publique conforme à son programme de qualité. Du reste, comme le reconnaît Denis-Clair Lambert <sup>236</sup> : [si] « *Les gains de santé sont dépendants de la compétence des personnels médicaux et de la qualité des soins. Rien ne permet dans les enveloppes budgétaires de s'assurer de la qualité des soins ; celle-ci décline quand l'administration, offrant de maigres salaires à ses collaborateurs, réduit ses exigences de compétence.* ».

À propos de la cohésion sociale notamment dans une société africaine où le statut social de l'individu est fonction des solidarités spontanées qu'il peut exprimer ou recevoir, le statut notabiliaire du médecin et de la sage-femme fait d'eux des acteurs incontournables du système d'entraide familial <sup>237</sup>. Ne pas s'y conformer, [159] c'est se dérober à ses obligations ou responsabilités morales, c'est mettre en péril la cohésion sociale d'où le sentiment de tout médecin de rechercher continuellement les voies et moyens de ne pas perdre la face devant les sollicitudes du cercle familial ou encore le cercle en réseau de la parenté. C'est le sens même du contenu socio-anthropologique des relations sociales des individus imbriqués pour ainsi dire dans un ensemble réticulaire fait de jeux et de soutiens sociopolitiques en raison de la parenté par exemple. Dans une perspective plutôt dyadique mettant en confrontation la « méthode aristotélicienne » d'Alfred Regi-

<sup>236</sup> Denis-Clair LAMBERT, La santé, clé du développement économique. Europe de l'Est et Tiers-Monde, L'Harmattan, op. cit. p. 30

<sup>237</sup> Une illustration de ce sentiment du devoir d'entraide malgré un pouvoir d'achat et une situation professionnelle peu reluisante peut être donnée avec le récit suivant du médecin Marie BADAKA : « *Avant, je donnais gratuitement les médicaments dont je disposais, à présent, je les garde pour ma famille ; il arrive en effet qu'un parent souffre d'une maladie qui demande un traitement aux antibiotiques, or ce sont des gens à ma charge, aussi plutôt que d'acheter les médicaments, je garde les échantillons pour ma famille. Mais quand les médicaments sont en voie de péremption, je les donne parfois à des formations privées pour qu'elles les revendent et je demande aux médecins de ces formations de me donner quelque chose en retour.* ». Voir Marc-Éric GRUÉNAIS, Marie BADAKA, « Profession : médecin », propos recueillis par Marc-Éric GRUÉNAIS, pp. 250-258. In, Marc-Éric GRUÉNAIS et Roland POURTIER, (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, Afrique contemporaine, Numéro spécial, Trimestriel N° 195 Juillet-septembre 2000, La documentation Française, op. cit., p. 254

nald Radcliffe-Brown et la « méthode galiléenne » propre à Claude Lévi-Strauss, Michel Bergès <sup>238</sup> évoquait à juste titre en ces termes d'abord réalistes à l'instar du premier – Radcliffe-Brown –, le phénomène social de la parenté comme réseau d'interactions sociales, construites, conscientes et typifiables : « (...) *Quelle que soit son extension, la parenté simple ou élargie, bilatérale ou unilatérale, implique un « statut » des individus. Celui-ci repose sur un ensemble de droits, c'est-à-dire de contraintes, de tabous et de devoirs concernant les rapports, soit d'une personne à une personne, soit d'une personne à un ensemble de personnes, soit de diverses personnes à une chose. Ces relations statutaires sont programmées par une « structure sociale » juridique, que Radcliffe-Brown assimile à « un réseau total », construit et conscient : (...) ».*

Ensuite, le phénomène social de la parenté est aussi appréhendé comme le précise Michel Bergès au sens structuraliste du second – Claude Lévi-Strauss – en tant que réseau social à la fois structurant et symbolique où prime non plus la conscience constructiviste de ces rapports interindividuels mais leur reproduction plutôt mécaniciste par l'action structurante de « l'inconscient social ». Aussi, en réaffirmant à juste titre la portée sociologique de la notion de cohésion sociale, [160] Ginette Paquet et Benoit Tellier <sup>239</sup> souscrivent-ils, dans cette même perspective, qu' : « *Un intérêt récent en sociologie de la santé s'est structuré autour des notions de capital social et de cohésion sociale. L'expression cohésion sociale est relativement claire dans sa signification, référant aux ouvrages classiques d'Émile Durkheim sur le suicide et sur les formes de solidarité sociale. Par cohésion sociale, on entend généralement les formes de solidarité communautaire et sociale en mesure de maintenir vivant un tissu social et d'empêcher l'exclusion d'une partie des membres de la société. Les sociétés à forte*

<sup>238</sup> **Michel BERGÈS**, « Claude Lévi-Strauss et les réseaux : parenté et politique ». Un article publié dans la revue électronique [KLESIS](#) - **Revue philosophique**, n° 10, 2008, pp. 1-33. Numéro intitulé : « Hommage à Claude Lévi-Strauss », op. cit., p. 9

<sup>239</sup> **Ginette PAQUET** et **Benoit TELLIER**, « Les facteurs sociaux de la santé », in **Vincent LEMIEUX**, **Pierre BERGERON**, **Clermont BÉGIN**, et **Gérard BÉLANGER**, (dir.), *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, Chapitre 3, pp. 65-89. [En ligne] cf. « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) » op. cit., p. 30

*cohésion sociale favorisent le partage de la richesse, on y observe un attachement réel aux valeurs d'entraide et de solidarité, elles encouragent et soutiennent la participation sociale dans tous les domaines de la vie collective. ».*

En termes de capital social, le médecin dispose non seulement d'un héritage culturel par l'apprentissage ou la formation lui conférant l'aptitude ou le pouvoir de comprendre et de décrypter les codes du fonctionnement ou du dysfonctionnement du corps biologique ; mais encore d'un réseau de relations ou de connaissances que lui confère naturellement le prestige de sa profession dans l'imaginaire du corps social. C'est cet ensemble d'imaginaire collectif ou de conceptions ordinaires que Marc-Adélar Tremblay <sup>240</sup> décrit justement, en assurant que, le médecin est perçu comme : « *Un être exceptionnel. Il est le détenteur des connaissances médicales, celui, donc, qui est en mesure de définir la nature de la maladie ainsi que les remèdes à apporter pour la guérir. Ces connaissances découlent à la fois d'un savoir et d'un don. Car, puisqu'il connaît, il peut guérir. En tant que tel il est doué de certains attributs qui l'apparentent au magicien (...). Si les représentations sociales se sont transformées, le médecin a toutefois gardé son statut privilégié et sa position au sommet de la pyramide des sciences de la santé. C'est encore lui qui prend les grandes décisions concernant la santé des individus. Il est encore, par son prestige social, un être quasi intouchable, c'est-à-dire [161] quelqu'un qui « ne peut pas être critiqué », ou s'il l'est, ce sont ses détracteurs qui ont tort. ».*

En toute hypothèse, une aura d'influence et de pouvoir notabiliaire entoure la personne du médecin <sup>241</sup> et détermine l'exercice de sa profession, la conduite et le sort des compromis obtenus avec les autres réseaux de pouvoir telles que les élites politico-administratives : les

---

<sup>240</sup> Marc-Adélar TREMBLAY, « La santé en tant que phénomène global », in Purushottam JOSHI et Gaston-René de GRACE, (dir.), *Conceptions contemporaines de la santé mentale*, chapitre 2, pp. 49-89. Montréal : Décarie Éditeur, 1983, [en ligne] cf. « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », pp. 25-26 [consulté le 07 décembre 2009]

<sup>241</sup> Pour la plupart de nos enquêtés comme Michèle G. : « Le médecin est un être comparable à Dieu. Il est respectable et très respecté dans la société car il a une connaissance et une parfaite maîtrise du corps humain. ». Cf. Michèle G., entretien du 08 novembre 2010.

partis politiques, la classe dirigeante, les cadres de l'administration institutionnelle de la santé publique. Mais, de la même manière, l'exercice de la profession de médecin est fortement dépendante, notamment dans le giron du secteur public, des possibles et modalités définis par les réseaux disposant du pouvoir de décision au sein de la classe dirigeante. C'est le constat entériné par Jean Benoist <sup>242</sup> lorsqu'il soutient que : « *Le médecin autrefois sage que l'on jugeait capable de faire émerger les problèmes profonds d'une personne et de lui porter secours devient un technicien encadré par des règles professionnelles, sociales, économiques, politiques. Acteur social, aux prises (...) de sa profession, avec des décisions qui ne dépendent plus de lui mais auxquelles il doit se plier, il est fort dépourvu pour comprendre et analyser ce nouvel univers et pour s'y orienter.* ».

Le même constat, partout récurrent, de contraintes – administratives, politiques et économiques – qui pèsent sur l'exercice du rôle de soignant dans la fonction publique hospitalière aujourd'hui, amène à juste titre Jean-Paul Dumond <sup>243</sup> à considérer que finalement : « *Adopter un rôle de soignant incite à une certaine réserve, voire à un sentiment d'étrangeté, à l'égard du calcul permanent qu'opère le gestionnaire envers les ressources qu'il engage.* ».

Sommes toutes, une grande part des solutions au problème posé par la recherche de performance des structures publiques sanitaires hospitalo-départementales réside dans la médiation au sens de Michel Crozier entre les intérêts d'efficacité [162] puis d'efficience nécessaires pour le bon fonctionnement du CHD et les intérêts individuels ou collectifs de ses ressources humaines tout autant indispensables pour une organisation hospitalo-départementale performante. La récurrence de cet ensemble de situations qui fait problème à la dispensation des soins de santé de qualité dans les structures publiques hospitalo-départementales met en relief une absence de régulation positive <sup>244</sup>

<sup>242</sup> Jean BENOIST, « La Médecine entre techniques, société et culture : pourquoi des sciences sociales de la santé », in Abdessamad DIALMY, (dir.), *Sciences sociales et santé au Maroc*, op. cit., pp. 8-9

<sup>243</sup> Jean-Paul DUMOND, « Les conflits de pouvoir à l'hôpital » pp. 71-81, in *Revue Sève : Les Tribunes de la santé* 2003/1 (n° 1). Santé, où sont les pouvoirs ? Editions Presses de Sciences Po, op. cit., p. 74

<sup>244</sup> La pénurie du personnel soignant et les carences de l'action publique en la matière sont une illustration de cette absence de régulation positive pourtant

adéquate des politiques publiques en matière de santé. En effet, comme l'écrit Vincent Lemieux <sup>245</sup> : « *La régulation consiste à ramener la situation, où est perçu un problème public, à des normes dont elle s'est éloignée (c'est la régulation négative), ou encore à la rapprocher de normes qui n'ont pas encore été atteintes (c'est la régulation positive).* ».

La norme à atteindre en l'occurrence réside dans la satisfaction des objectifs de performance, de qualité et de compétitivité du secteur public hospitalo-départemental. Si la régulation de la situation, source d'événements catalyseurs de ces problèmes d'efficience et d'efficacité implique à leur émergence une formulation de solutions opérantes, cette étape de la formulation des politiques publiques en matière de santé reste une étape de médiation et de compromis entre les divers acteurs, entre les différentes alliances de pouvoirs. Il en est ainsi d'autant qu'il est possible de souscrire avec Didier Fassin <sup>246</sup> que : « *La santé doit être appréhendée pleinement dans sa dimension politique, non seulement au sens des politiques de santé (health policies)*

---

nécessaire pour rapprocher les effectifs du personnel soignant de la fonction publique hospitalière à la norme requise en l'occurrence, afin de parvenir à la qualité hospitalière. Le même constat est rapporté en ces termes par le médecin gynécologue **René Xavier PERRIN** : « *Le problème de pénurie du personnel soignant est essentiellement un problème de planification, une question de gestion des priorités par l'administration publique. L'État participe à grands frais à la formation des spécialistes en médecine et en soins infirmiers mais paradoxalement il ne les recrute pas dans la fonction publique. Par exemple, en 2009, l'État a participé à la formation de 15 cardiologues mais aucun d'entre eux n'a été recruté dans l'hôpital public pourtant marqué profondément par ces problèmes de pénuries. Certains CHD, notamment dans le Nord du pays n'ont ni chirurgien, ni cardiologue.* ». Cf. **René Xavier PERRIN**, op. cit., entretien du 16 novembre 2010.

<sup>245</sup> **Vincent LEMIEUX**, « Les politiques publiques et les alliances d'acteurs », in **Vincent LEMIEUX, Pierre BERGERON, Clermont BÉGIN, et Gérard BÉLANGER**, (dir.), *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, [en ligne] cf. « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », op. cit., p. 7

<sup>246</sup> **Didier FASSIN**, « La globalisation et la santé. Éléments pour une analyse anthropologique. » pp. 25-40, in **Bernard HOURS**, (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris : Les Éditions Karthala, op. cit., p. 36 [également en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) » p. 16, [consulté le 14 décembre 2009]

*mais au sens plus vaste de politiques de la [163] santé (politics of health), domaine qui inclut l'incorporation des inégalités et la protection sociale des malades, les réseaux de pouvoir autour de la médecine et la participation populaire à la santé, mais également les processus de subjectivation par lesquels le rapport au corps se constitue comme objet légitime du gouvernement. ».*

D'une façon générale, les termes anglais « polices » et « politics » reçoivent en science politique de riches précisions sémantiques telles que, pour Raymond Aron<sup>247</sup>, parler de « polices » renvoie à l'ensemble des programmes, aux méthodes d'action publique définies par les hommes de pouvoir pour agir sur tout ou certains aspects des problèmes posés à une collectivité humaine. En revanche, parler de « politics », c'est rappeler le champ d'action même de ces politiques-programmes, les domaines d'affrontements ou de rivalités politiques entre les individus, entre les hommes politiques qui défendent chacun leur politiques-programmes. Ainsi, la satisfaction des objectifs de sécurité sanitaire, la pleine réalisation des programmes de qualité hospitalière dépendent de l'existence mais encore, de la consistance d'une action publique et d'une ambition politique, en termes de restructuration permanente des organes et missions de santé publique. L'efficacité des établissements de soins de santé publics a pour corollaire l'efficacité des politiques publiques dans ce domaine de la santé publique. Aussi, Philippe Lecorps et Jean-Bernard Paturet<sup>248</sup> peuvent-ils affirmer à bon escient que : « *Les politiques de santé ne sauraient donc se concevoir en dehors d'une réflexion et d'un engagement de l'État et des décideurs politiques portant sur les conditions favorables à la vie des humains. ».*

Autant considérer, l'État et ses organes publics et politiques restent avant tout les acteurs de premier plan pour définir, assurer et organiser les programmes hospitaliers tant de sécurité sanitaire que de démarche qualité dans tous ses aspects : technique, organisationnel et humain. Ainsi, la performance hospitalière est une ambition organisationnelle

---

<sup>247</sup> **Raymond ARON**, *Démocratie et totalitarisme*. Collection folio/Essais, op. cit.

<sup>248</sup> **Philippe LECORPS**, **Jean-Bernard PATURET**, *Santé publique du biopouvoir à la démocratie*, Editions de l'Ecole Nationale de la Santé publique, op. cit., p. 23.

permanente et nécessaire des établissements de [164] santé mais fondamentalement corrélée – à l’intérieur du système décisionnel qui les détermine –, aux ambitions politiques, utilitaires et contingentes des décideurs de la chose publique. C’est dans cette même perspective que Michel Setbon <sup>249</sup> nous fait souligner que : « *Par nature, les décisions de sécurité sanitaire mélangent toujours les enjeux sanitaires et les enjeux politiques dont l’appréciation varie en fonction des perceptions respectives (...) [et que] la décision représente la séquence temporairement conclusive du processus qui est censée apporter une réponse au problème sur la base de l’expertise. Elle est toujours prise et énoncée par les gestionnaires représentés soit par le politique (ministres concernés), soit par l’administration (en général les administrations centrales).* ».

En toute hypothèse, la solution aux problèmes de santé des institutions sanitaires en termes de performance de l’hôpital public dépend de la consistance et donc de la performance même de l’action publique dévolue en l’occurrence à la santé collective. À défaut d’une telle action institutionnelle, les problèmes posés par la pénurie du personnel soignant et l’insuffisance des matériels médico-techniques pourraient davantage aggraver dans la sphère publique des soins de santé, le déficit des prises en charge médicales et paramédicales. En effet, la pénurie du personnel médical accroît, dans bien des cas, les responsabilités du personnel paramédical de même que les mauvaises conditions de travail du soignant entraînent des comportements déviants par rapport à la norme ainsi qu’à l’éthique paramédicale.

---

<sup>249</sup> **Michel SETBON**, *Risques, sécurité sanitaire et processus de décision*, Collection Médecine des risques, Paris, Elsevier, op. cit., pp. 146 et 150

[165]

***B•) L'hôpital public  
sous le prisme des professions paramédicales :  
de l'infirmier d'État à l'infirmier d'État adjoint  
ou sociologie d'un rôle***

[Retour au sommaire](#)

Les professions paramédicales <sup>250</sup> regroupent trois composantes ou corps de personnels soignants à savoir : les professions de soins tels que l'infirmier et l'aide-soignant, les professions de rééducation, en l'occurrence le psychomotricien et le masseur-kinésithérapeute, et les professions médico-techniques à l'instar du technicien de laboratoire d'analyse de biologie médicale, du manipulateur d'électroradiologie médicale et de l'ambulancier.

À première vue, devant la pénurie des compétences ou spécialités médicales, la dynamique fonctionnelle de la pyramide sanitaire est fortement dépendante des services de soins infirmiers représentés ici par deux catégories de professionnels de soins de santé : l'infirmier d'État adjoint autrement dit l'aide-soignant et l'infirmier d'État. Ces deux corps de professionnels des soins infirmiers se distinguent dans la pratique non pas, par leur degré d'intervention ou de responsabilité paramédicale mais par leur niveau de qualification <sup>251</sup>. D'après une

---

<sup>250</sup> **Yvette RAYSSIGUIER** et alii rappellent en effet que : « L'ensemble des professions de santé est constitué par celles qui sont réglementées par le code de la santé publique auxquelles on ajoute les professions paramédicales subdivisées en trois groupes : les professions de soins, les professions de rééducation et les professions médico-techniques. ». In, **Yvette RAYSSIGUIER, Josianne JEGU, Michel LAFORCADE**, (dir.), Politiques sociales et de santé. Comprendre et agir, Rennes, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), op. cit., p. 337. Voir aussi en annexe 2, document n°1, le tableau correspondant à ces différents niveaux de compétence des professions de santé.

<sup>251</sup> Le tableau du document n°5 renseigne sur les conditions d'entrée et de diplôme de sortie relatives à la formation des professionnels de santé autres que les médecins et pharmaciens. Toutefois, depuis 2009, une réforme ciblant la qualité des soins infirmiers est en cours pour relever les niveaux d'exigence ou de

analyse judicieuse d'Hervé Leteurtre <sup>252</sup> et alii sur la qualité hospitalière : « *Le service des soins infirmiers a pour finalité de répondre efficacement à la demande de soins infirmiers de la clientèle des établissements de santé, bénéficiaires de soins. Son action s'inscrit dans le cadre d'une politique de soins négociée et cohérente avec le projet d'établissement. Le service de soins infirmiers a la double particularité d'être une structure transversale et de se superposer aux services [166] médicaux ayant la charge des patients ou consultants. Il mobilise les ressources professionnelles issues du diplôme de cadre de santé, du diplôme d'État infirmier (IDE), du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant(e) (AS), du certificat d'auxiliaire de puériculture (AP) et associe les autres personnels concourant aux soins infirmiers.* ».

Par ailleurs, d'un point de vue empirique, la perception par l'usager du service public de santé, de la pratique des actes de soins infirmiers ne fait état d'aucune ligne de démarcation entre les compétences de l'infirmier et celles mises en œuvre par l'aide-soignant. De même, les présentations de soi faites, en tant qu'infirmier à part entière, par l'aide-soignant ou l'infirmier d'État adjoint, confortent en réalité ces représentations ordinaires des usagers et de l'opinion publique. De fait, le corps professionnel des infirmiers et aides-soignants représente l'unité fonctionnelle la plus mobilisable et la plus visible de la pyramide sanitaire. Toutefois, à l'instar des professions médicales, la répartition spatiale des professionnels de soins infirmiers présente aussi des disparités <sup>253</sup> au profit des mêmes espaces territoriaux, en l'occurrence, le département du Littoral avec sept cent cinq (705) infirmiers en 2002, tous secteurs confondus, trois cent onze (311) dans l'Atlantique, département contigu au Littoral, soit un effectif de mille seize (1016) infirmiers sur un total de deux mille sept cent soixante-et-quatorze (2774) infirmiers au niveau national. Dans le même temps, le département de la Donga ne totalise que quarante-et-deux (42) infirmiers mobilisables sur son aire territoriale. En toute hypothèse-

---

pré-requis pour la formation notamment des infirmiers d'État sur la base d'une sélection avec le Baccalauréat comme pré-requis.

<sup>252</sup> Hervé LETEURTRE, Irène PATRELLE, Jean-François QUARANTA, Nathalie RONZIERE, *La qualité hospitalière*, 2<sup>e</sup> édition, Paris, op. cit., p. 185

<sup>253</sup> Voir en annexe n°2, le tableau B du document n°2 relatif à la répartition spatiale et par habitants des infirmiers.

se, la corporation des infirmiers et aides-soignants constitue non seulement le relais indispensable des soins médicaux en circonstances de pénurie mais encore le pis-aller inattendu pour compenser ces insuffisances des spécialités médicales. Nous étudions ici le système des soins infirmiers à travers la position sociale de l'infirmier et de l'aide-soignant vus indifféremment sous le prisme d'un rôle. Ainsi, dans son acception sociologique, le rôle se rapporte à : un « *Ensemble de normes et d'attentes qui régissent le comportement d'un individu du fait de son statut social ou de sa fonction dans un groupe.* » <sup>254</sup>.

[167]

Dans ce contexte, l'infirmier et l'aide-soignant jouent un rôle prépondérant dans le système actuel de soins entièrement représenté en pareille occurrence par la pyramide sanitaire. Ils en constituent non seulement la cheville ouvrière mais encore la porte d'entrée dans ce système hiérarchisé des soins médicaux et paramédicaux. L'importance de leur position et de leur rôle partout dans le système de soins de santé est d'autant accrue que se pose effectivement le problème de pénurie des médecins. Empiriquement, cette situation se traduit par un accroissement du pouvoir paramédical de l'infirmier et de l'aide-soignant. Aussi, sans acception des limites mêmes de leur champ de compétence, l'infirmier et l'aide-soignant peuvent-ils opérer

<sup>254</sup> Définition reprise du dictionnaire de la langue française : Le Petit Larousse. Cette définition du concept de rôle et la norme qui lui est associée, peut être complétée par les analyses sociologiques que lui confèrent à bon escient **Raymond BOUDON** et alii pour lesquels : « *La norme est une obligation de rôle, une contrainte sociale liant un individu à un ou plusieurs groupes. La norme sert à décrire et à expliquer les uniformités du comportement des membres d'un même groupe. Les rôles prescrits sont des règles sociales. Ils figurent des modèles abstraits présentés par le groupe. Le concept le plus lié au rôle est celui de statut ou de position sociale [...]. Si l'on prend pour point de départ l'individu, on est confronté au problème de la régularité des comportements qui ne peut s'expliquer au niveau de l'individu lui-même. Cette régularité provient de l'identité de la position que les individus détiennent. Dans ce cas, le rôle est pris au sens institutionnel et se manifeste par le consensus des membres du groupe qui fonde les attentes réciproques de ces individus. Les attentes du rôle sont des actions attendues de celui qui occupe une position et qui est censé avoir été socialisé à cet effet [...].* ». Cf. **LA-ROUSSE RÉFÉRENCES**, in **Raymond BOUDON, Philippe BESNARD, Mohamed CHERKAoui** et **Bernard-Pierre LÉCUYER**, (dir.), *dictionnaire de la sociologie*, Edition Larousse-Bordas, op. cit., p. 197

indistinctement des consultations médicales, des soins infirmiers ou délivrer des ordonnances médicales. C'est que, face à la demande de soins du patient, face à la détresse aussi des familles ou précisément de l'usager des services publics de soins notoirement en manque des spécialités médicales indispensables, l'infirmier et l'aide-soignant ne se dérobent pas à leurs obligations de soignants. Dans ses observations empiriques des systèmes de santé de certains pays africains, Marc-Eric Gruénais <sup>255</sup> a fini par se convaincre du caractère interchangeable des intervenants <sup>256</sup> en milieu sanitaire, qu'ils soient [168] professionnels ou non, qualifiés ou pas. Il affirme justement en ces termes, si peu que ce soit, perplexe devant l'ampleur d'une telle situation : « (...) *En Afrique tout le monde prescrit (l'infirmier, l'agent de santé, etc.) ? (...)* ».

Ainsi, dans la pyramide sanitaire <sup>257</sup>, l'aide-soignant et l'infirmier assument parfois la fonction ou le rôle de médecin lorsqu'il faut dia-

<sup>255</sup> **Marc-Éric GRUÉNAIS**, « Communautés et État dans les systèmes de santé en Afrique » pp. 67-85, in **Bernard HOURS**, (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, KARTHALA, op. cit., p. 72

<sup>256</sup> Pour **Marc-Éric GRUÉNAIS**, « *La pyramide sanitaire conçue dans le schéma de développement des soins de santé primaires prévoyait des agents de santé communautaire, ainsi qu'une alliance avec des spécialistes locaux dont le savoir initial ne ressortissait pas au paradigme biomédical (matrones et tradipraticiens, notamment). Cependant, il y a peu, un certain désenchantement s'est fait jour à propos de la capacité de ces acteurs de la communauté à contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population. Les agents de santé communautaire se sont révélés potentiellement dangereux. A la fois en raison de la légitimité conférée par leur place – officielle – dans la pyramide sanitaire, et de la demande de populations qui valorisent la médecine, ces agents de santé avaient tôt fait de se transformer en « docteurs de brousse ». Ils ont pu s'adonner à des pratiques médicales, voire chirurgicales, pour lesquelles ils ne disposaient ni des compétences ni de l'équipement adéquats.* ». Voir **Marc-Éric GRUÉNAIS**, « Communautés et État dans les systèmes de santé en Afrique » pp. 67-85, in **Bernard HOURS**, (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, KARTHALA, op. cit., pp. 69-70

<sup>257</sup> Cette transversalité des compétences du médecin à l'aide-soignant est attestée par **Siméon DAVODOU** en ces termes : « *En périphérie de la pyramide sanitaire, il arrive régulièrement que l'infirmier d'État prescrive des ordonnances médicales et je pense que l'État ne va pas lui en vouloir car le nombre de médecins est insuffisant. En revanche, les aides-soignants ne sont pas habilités à accorder une consultation médicale ni non plus prescrire des ordonnances*

agnostiquer la maladie et conséquemment décider de sa thérapeutique. Invariablement, ils tiennent leur rôle d'infirmier ou d'aide-soignant quand il faut assurer la dispensation et la surveillance des soins infirmiers en complémentarité des soins médicaux. Ils sont également dans le rôle d'infirmier accoucheur ou d'aide-soignant accoucheur lorsqu'il faut intervenir en qualité de sage-femme ou de médecin accoucheur. Ils remplissent aussi un rôle de pharmacien lorsqu'ils s'impliquent conjoncturellement dans la revente informelle des médicaments. Cette pratique courante de revente informelle des médicaments par le personnel soignant est décrite en termes de « *rançonnement du patient, connu de tous* »<sup>258</sup> par l'un de nos enquêtés infirmière qui y voit plutôt les conséquences de la pauvreté qui mine de plus en plus les professionnels de soins selon elle, sous payés par l'hôpital public. La même situation faite de multiples empiètements interférant ainsi souvent avec l'organigramme officiel du service des soins médicaux et paramédicaux fut également mise en évidence par Yannick Jaffré<sup>259</sup> à la suite de ses observations [169] empiriques de quelques établissements publics de santé au cœur de trois villes africaines. Pour lui, dans ces systèmes sanitaires : « *Les fonctions ne sont donc pas étanches et séparées, mais poreuses et franchissables, pour peu que l'on assimile les techniques qui en sont l'apanage.* ».

Bien entendu, si dans leur organisation, les soins infirmiers interfèrent sans contradiction aucune avec l'administration des soins médi-

---

*médicales. Mais ils le font lorsqu'ils sont à des postes de médecine de brousse et surtout à cause du manque des infrastructures sanitaires. Bien sûr ce n'est pas sans conséquence et c'est pour cela que l'État essaie actuellement de combattre ces pratiques.* ». Cf. **Siméon DAVODOU**, op. cit. – entretien du 04 novembre 2010. Idem, **Marceline KASSIN**, infirmière d'État en pédiatrie à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant-Lagune (HOMEL) de Cotonou – entretien du 15 novembre 2010 – « *L'infirmier prescrit des ordonnances médicales sous la supervision d'un médecin. S'il y a un problème, c'est le médecin qui en répond. Mais l'aide-soignant(e) ne peut pas prescrire une ordonnance médicale sauf dans les zones périphériques de la pyramide sanitaire.* ».

<sup>258</sup> Cf. **Marceline KASSIN**, entretien du 15 novembre 2010.

<sup>259</sup> **Yannick JAFFRÉ**, « Les services de santé "pour de vrai". Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey) ». In : revue **Bulletin de l'A.P.A.D.** [Association Euro-Africaine pour l'Anthropologie du Changement social et du Développement], N° 17, 1999, op. cit. [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 28 décembre 2009], p. 12

caux, ils ne s'y résument pas pour autant, ainsi que le font remarquer à juste titre Hervé Leteurtre <sup>260</sup> et alii : « *Les soins infirmiers accomplis bien souvent sur prescription et/ou contrôle médical constituent le complément et le prolongement naturel des soins médicaux mais ne sauraient être amalgamés à ceux-ci. Les soins infirmiers se différencient en effet des soins médicaux par une typologie et une technicité qui leur est propre et ne résultent pas exclusivement d'une prescription médicale, puisque certains d'entre eux relevant du rôle propre de l'infirmière sont exécutés à la seule initiative de celle-ci.* ».

Mais en l'espèce, seule la notion sociologique du rôle – avec pour corollaire le statut social <sup>261</sup> – permet de rendre compte en effet des perceptions populaires et du contexte social dans lequel s'articule cette fonction ou cette position d'ubiquité des professionnels des soins infirmiers ou paramédicaux. En toute hypothèse, les représentations populaires élèvent les professionnels des soins infirmiers au rang de la notabilité sociale à l'instar du médecin sans réellement tenir compte toutefois des spécificités techniques des actes relevant de la compétence propre à chacun. Dans cette perspective, la demande de soins adressée à l'infirmier ou à l'aide-soignant par l'utilisateur de l'établissement public de santé, appelle hypso-facto des attentes aussi bien de soins infirmiers que des soins médicaux. Par conséquent, face à la décision d'une thérapeutique qui ressortit en principe aux compétences [170] techniques toujours spéciales du médecin, face au problème posé également par l'absence ou la pénurie de médecins dans certains établissements de la pyramide sanitaire, l'aide-soignant et l'infirmier n'assument alors plus qu'un rôle de soignant en conformité

---

<sup>260</sup> **Hervé LETEURTRE** et alii, *La qualité hospitalière*, 2<sup>e</sup> édition, Paris, op. cit., p. 182

<sup>261</sup> De façon générale dans les conceptions populaires au Bénin, le statut social de l'infirmier est comparable à la position sociale du médecin. Dans son acception sociologique le statut social est : « *La position qu'un individu occupe sur une dimension du système social comme la profession, le niveau d'instruction, le sexe ou l'âge. Il définit donc l'identité sociale, le rôle explicite, les droits et devoirs de l'individu. Il possède deux dimensions : la première est verticale et traduit les relations hiérarchiques ; la deuxième est horizontale et exprime les interactions entre égaux.* ». Cf. **LAROUSSE RÉFÉRENCES**, in **Raymond BOUDON, Philippe BESNARD, Mohamed CHERKAOUI et Bernard-Pierre LÉCUYER**, (dir.), *dictionnaire de la sociologie*, Edition Larousse-Bordas, op. cit., p. 217

avec leur statut social, en conformité avec les conceptions populaires autant que celles-ci les habillent à l'image même du médecin. De fait, tout professionnel de soins paramédicaux occupe dans la société tout comme dans l'espace public des soins de santé, une position notable qui par suite définit sa place dans un ensemble réticulaire fait de jeux de pouvoir et d'influence sociale. L'infirmier et l'aide-soignant mettent en œuvre un pouvoir d'influence lorsqu'ils agissent dans la sphère de l'hôpital public en faveur d'une admission du malade par un médecin spécialisé. Leur position de relais ou d'intermédiaires à peu près incontournables entre le corps médical et les usagers de l'établissement de soins de santé accroît également l'ampleur des jeux de négociations où priment le favoritisme, le népotisme dans le seul dessein, pour l'usager, de bénéficier avec promptitude des meilleurs soins médicaux. Les jeux de négociations évoluent parfois sous forme de corruption en échange par exemple des médicaments <sup>262</sup> achetés mais non utilisés ou partiellement utilisés par le patient aux fins d'une revente informelle ou encore à travers un échange pécuniaire contre la délivrance d'un certificat médical par exemple. Dans cette même optique Yannick Jaffré <sup>263</sup> décrit pour sa part un système hospitalier où règne à l'instar des autres périmètres d'ancrage de la fonction publique en Afrique subsaharienne, un réseau illicite et informel de détournement donc de « *rançonnement du patient* » <sup>264</sup> en termes de manœuvres frauduleuses de : « (...) *Division du produit des perfusions afin de [171] vendre plusieurs fois un unique traitement, détournement et revente des médicaments à plusieurs malades, paiement pré-*

<sup>262</sup> « A l'hôpital public, on te prescrit des produits qui coûtent chers [médicaments et consommables médicaux] dont tu n'as pas besoin pour les reprendre après. Cette pratique n'est pas tellement visible à l'hôpital privé où les produits restants et non utilisés sont souvent retournés au malade. ». Cf. **Michèle G.**, entretien du 08 novembre 2010. Ce phénomène de rançonnement autour des médicaments fut ainsi décrit par **Bernard HOURS** : « *Intermédiaires obligés dans la mise en œuvre des prescriptions médicales, les infirmiers sont désignés comme auteurs d'une rétention collective de médicaments, d'un vaste détournement organisé « sur le dos » des malades.* ». In **Bernard HOURS**, *L'État sorcier. Santé publique et Société au Cameroun*, Collection : Connaissance des hommes, Paris, op. cit., p. 81

<sup>263</sup> **Yannick JAFFRÉ**, « Les services de santé "pour de vrai". Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey) ». In : revue **Bulletin de l'A.P.A.D.** Ibidem, p. 16

<sup>264</sup> Cf. **Marceline KASSIN**, op. cit., entretien du 15 novembre 2010.

*alable à toute injection, utilisation abusive et lucrative des ocytociques pour déclencher rapidement les accouchements etc. ».*

La fonction publique hospitalière n'étant pas tellement différente des autres missions de service public pour leur vénalité, l'usager conçoit naturellement la nécessité de trouver sur place un facilitateur de son introduction dans ce marché de surenchères médicales ainsi que le souligne Yannick Jaffré : « *Au regard des patients, agissant souvent de la même manière dans leur propre sphère d'activité (corruptions de la police, des services, de l'énergie, de l'école, etc.), les services de santé se présentent donc comme étant potentiellement dangereux, et il importe alors de ne s'en approcher qu'avec circonspection. La principale forme de cette vigilance, ou de cet apprivoisement du risque, consiste à utiliser différents "médiateurs", qui ont pour fonction de personnaliser les relations avec les personnels soignants, de remettre de la "proximité sociale" dans ce qui semble étranger et éloigné dans son fonctionnement. Tout concourt à cette fin.* » [Yannick Jaffré, 1999, ibidem, p. 16].

En revanche, les autres professions paramédicales, notamment les professionnels des soins de santé en réadaptation ou rééducation tels que le kinésithérapeute, l'orthoprothésiste et les professionnels de soins médico-techniques à l'instar du technicien de laboratoire, occupent dans l'arène sociale et dans l'espace public des soins de santé un rôle beaucoup moins diapré que l'infirmier et l'aide-soignant. En effet, les professions de réadaptation et de rééducation <sup>265</sup> souffrent ici

---

<sup>265</sup> Ainsi par exemple des thérapeutiques par les mouvements – médecine physique et de réadaptation, kinésithérapie – qui n'est encore qu'à ses débuts au Bénin. Dans l'optique de renforcer le statut de tout kinésithérapeute en exercice dans le pays, l'Atelier des professionnels des métiers de la santé organisé à Grand Popo en 2005 prônait la recommandation suivante en constatant que : « *La kinésithérapie est une profession jeune au Bénin. Malgré des besoins très importants elle ne compte encore que quelques dizaines de membres. D'autre part, les attributions et les compétences du kinésithérapeute restent assez mal connues du corps médical et de la population. Il est donc important que le statut, les attributions et les compétences du kinésithérapeute soient bien définis et reconnus par le Ministère de la Santé Publique (MSP), cela de façon à avoir une définition officielle du métier de kinésithérapeute et éviter des dérives (exercice illégal de la profession par des personnes qui ne détiennent pas le diplôme de kinésithérapeute).* ». In **République du Bénin**, « Politique et stratégie de développement de la kinésithérapie au Bénin 2006-2010. Proposi-

d'une [172] absence de vulgarisation suffisante au sein des communautés urbaines et rurales sur leur utilité et leur mode opératoire. De fait, cette absence d'information peut s'expliquer non seulement par la récente création progressive d'un cadre institutionnel hospitalo-universitaire des activités médicales et paramédicales de réadaptation au Bénin, mais aussi par le temps de décision des thérapeutiques par la réadaptation ou la rééducation. En effet, le concours thérapeutique des spécialistes de la réadaptation n'est souvent requis que de façon postérieure au traitement médical des principales manifestations pathologiques propres à l'état physique et mental de l'utilisateur des services de soins de santé. Autant dire, si l'infirmier et l'aide-soignant – chacun assumant son rôle dans cet espace public de dispensation des soins de santé et dans l'arène sociale de l'imaginaire collectif –, représentent une porte d'entrée tant soit peu indispensable dans le système de soins, les spécialistes des thérapeutiques de réadaptation en constituent au contraire, dans les représentations populaires, une porte de sortie non indispensable. C'est que, le capital-santé ayant un prix, la stratégie de soins de l'utilisateur qui se conduit alors en *Homo oeconomicus*, cible toujours le strict nécessaire en l'occurrence les soins infirmiers et, dans la mesure du possible, les soins médicaux.

Enfin, les spécialistes des soins de santé en réadaptation ainsi que les professionnels des soins médico-techniques sont confrontés invariablement à des difficultés récurrentes liées à l'existence puis la disponibilité des équipements techniques nécessaires à l'exercice et à l'auto-vulgarisation par conséquent de leur profession médicale ou paramédicale dans toutes les strates de la pyramide sanitaire et des communautés humaines rurales ou urbaines.

Tout bien considéré, les professions paramédicales et, en particulier, les soins infirmiers représentent une part relativement notable des prestations de soins au sein de la pyramide sanitaire. Pourtant, au plan de la qualité des services de soins et de la sécurité sanitaire <sup>266</sup>, la pro-

---

tion de texte résultant des travaux de l'atelier de Production tenu à Grand Popo les 22, 23, 24 juin 2005 ». Document de travail –Atelier national de validation Octobre 2005, p. 25.

<sup>266</sup> La perception du risque sanitaire à l'hôpital n'est pas en l'occurrence qu'une vision externe éventuellement entachée des subjectivités propres au patient ou à l'utilisateur du service des soins de santé mais aussi une vision interne en tant qu'expérience routinisée du personnel médical et paramédical. Pour le gyné-

babilité de survenue d'un risque rattachable à la [173] dispensation des soins paramédicaux n'est pas nulle. En effet, les prestations de soins infirmiers et médico-techniques sont dans cette circonstance, particulièrement sensibles à un certain déterminisme inhérent à la pénurie récurrente à la fois des médecins et des équipements sanitaires. La pénurie des médecins accroît la responsabilité paramédicale de l'infirmier et par contrecoup son autonomie de décision, de dispensation et de supervision des actes de soins à défaut de tout contrôle médical : « *Lorsqu'il y a pénurie du personnel médical – affirme Siméon Davodou* <sup>267</sup> –, *il y a augmentation corrélative du travail du corps paramédical.* ». L'insuffisance des équipements sanitaires n'est qu'une aggravation notable de cette situation de pénurie qui par conséquent ne manque pas d'avoir des répercussions négatives sur la

---

cologue **René Xavier PERRIN**, « *On ne peut véritablement dire que les conditions sont réunies pour garantir à l'usager une sécurité sanitaire. Il y a certes des efforts dans ce sens mais tout cela reste encore un objectif sur papier, donc finalement assez théorique. L'insuffisance du personnel de santé oblige les patients hospitalisés à avoir en permanence quelqu'un de la famille à côté pour s'occuper d'eux, ce qui, d'un point de vue de la sécurité et de la santé du malade est dangereux. Le cadre actuel des prises en charge du malade n'est pas tout à fait satisfaisant. On peut même dire qu'il y a une détérioration de l'état de santé du système des soins dans le pays. Aucun contrôle du système sanitaire n'est opéré comme cela se devait. La Direction de l'Inspection et de Vérification Interne (DIVI) du ministère de la santé publique ne vérifie rien. C'est du laissé pour compte. Aujourd'hui encore, le service public des soins de santé est miné par des grèves intempestives sans service minimum ce qui est d'ailleurs criminel et humainement injustifiable. Il y a beaucoup de problème pour véritablement parler de sécurité sanitaire de l'usager. Dans ce contexte, la conscience professionnelle a vite fait de voler en éclat. Lorsqu'une erreur médicale ou paramédicale est reconnue, les gens ont tellement peur des représailles qu'ils ne se plaignent même pas sauf certains parmi eux qui sont lettrés et mieux informés sur leurs droits. C'est ce qui arrive souvent avec certaines cliniques privées dont la qualité des soins laisse vraiment à désirer.* ». Cf. **René Xavier PERRIN**, op. cit., entretien du 16 novembre 2010.

<sup>267</sup> **Siméon DAVODOU**, infirmier d'État en activité au CHD Borgou/Alibori de Parakou – entretien du 04 novembre 2010, op. cit. L'enquêté souligne par ailleurs la pénibilité des conditions de travail des professionnels de soins exerçant dans l'hôpital public. Pour lui, l'infrastructure médicale et sanitaire est, soit obsolète soit inexistante : « *Le matériel médico-technique n'existe pas ou est inadapté. Dans ces cas, vous savez ce que vous avez à faire, mais vous attendez sans pouvoir rien y faire.* ».

qualité des soins dispensés dans le secteur public de la pyramide sanitaire. L'hôpital public n'est donc pas en l'espèce ce sanctuaire du risque sanitaire zéro. Il est, de fait, source d'angoisse et de sentiment de doute dans l'esprit de l'usager. Dans ce contexte de pénuries médicales, paramédicales et médico-techniques, les pratiques courantes<sup>268</sup> des soins de santé, par conséquent sémiologiques essentiellement, s'adaptent avec les moyens disponibles au détriment de tout protocole interne de qualité des soins, de [174] confort et de sécurité du patient ou de l'usager du service public de santé. En toute hypothèse, la prise en compte du risque sanitaire et sa perception en l'occurrence par l'usager du service public de santé renvoie finalement à la prise en compte de l'action publique et de son efficacité dans la gestion de la santé publique curative. Dans cette perspective, Olivier Borraz<sup>269</sup> écrit notamment que : « *La perception des risques est un processus complexe et dynamique, déterminé par le contexte local dans lequel est encastré le risque et par la manière dont il est pris en charge.* ».

Pour l'usager du service public de santé, l'État ou les institutions publiques sanitaires gèrent les ressources et les contraintes ou problèmes liés à l'organisation de la santé publique de la même manière que les autres secteurs d'intervention de l'action publique souvent caractérisée par l'absence<sup>270</sup> ou l'insuffisance des moyens rationnels alloués en l'espèce. Cette carence de l'action publique et en pareille occurrence de l'État à assumer pleinement ses missions fondamentales voire « régaliennes » de service public de santé est source d'un risque sanitaire tant soit peu « réputationnel » autant que le rappelle à nouveau

<sup>268</sup> D'après **Marceline KASSIN**, « *Le diagnostic médical ou paramédical au Bénin est essentiellement un diagnostic clinique non seulement en raison de l'insuffisance des matériels médico-techniques mais encore à cause du caractère dispendieux pour le malade de l'utilisation de certains de ces équipements techniques telle que l'IRM.* » Cf. **Marceline KASSIN**, op. cit., entretien du 15 novembre 2010.

<sup>269</sup> **Olivier BORRAZ**, *Les politiques du risque*, Presses de Sciences Po, op. cit., p. 67

<sup>270</sup> Nos enquêtés à l'instar de **Marceline KASSIN** caractérisent cette carence de l'État en ces termes : « *Problème de rémunération du personnel soignant, gel des recrutements dans l'hôpital public, démotivation des professionnels de soins pour la fonction publique hospitalière, l'État au Bénin a démissionné vis-à-vis de plusieurs choses.* ». Cf. **Marceline KASSIN**, op. cit., entretien du 15 novembre 2010.

Olivier Borraz selon lequel : « *Michael Power établit un lien entre l'émergence du thème des risques et une « conscience accrue du risque que l'État échoue dans ses missions de service public » ainsi qu'une perception dans l'opinion publique de l'État « comme une source de risque suite à des crises mal gérées ».* Il utilise à cette occasion la notion de « *risque réputationnel* » pour caractériser le souci des responsables publics d'accorder la priorité à la préservation de « *la légitimité perçue de l'activité réglementaire et des décisions* ». » [Borraz, 2008, p. 30].

Le risque sanitaire réputationnel est donc ici encastré dans l'action publique de la santé, à cause de sa carence ou de ses insuffisances notoires. C'est la logique même de l'État sorcier au sens de Bernard Hours <sup>271</sup> qui voit ainsi dans les [175] représentations populaires construites sur fond de système accusatoire, à partir de l'image réelle des structures médico-sanitaires du Cameroun en particulier et de l'État postcolonial en général, non seulement une résignation de l'utilisateur de l'hôpital public mais encore sa crédulité finalement désenchantée : « *Comment faire une confiance aveugle à des structures dont les insuffisances sont notoires et où, au-delà des mots d'ordre, rien n'est fait pour rassurer le patient sur sa propre dignité sanitaire.* » [Bernard Hours, 1985, p. 149].

Ce sentiment d'impuissance, cette vision de fatalisme, ce scepticisme général devant les difficultés de fonctionnement auxquels sont confrontés l'hôpital public et tout dispensaire en Afrique noire, amène le soignant à ne composer qu'avec les moyens dont il dispose et le soigné à se résigner à son sort : guérir ou mourir avec ou sans soins pour combattre le mal, avec ou sans force pour sortir d'une situation morbide dès lors pressentie propice en tout point aux attaques sorcelaires en tout genre. L'État qui devrait assurer les équipements et ressources indispensables au bon fonctionnement des services publics de

---

<sup>271</sup> Pour **Bernard HOURS** en effet : « *L'État sorcier, c'est donc cet État gestionnaire d'une chaîne d'accusations en forme de procès, construite et rendue possible d'abord par le manque de médicaments, qui se présente comme le principal ferment des représentations négatives. C'est à partir de ce manque, où se conjuguent la gratuité héritée de la colonisation et le dysfonctionnement présent, que s'édifie l'image de la santé publique.* ». In **Bernard HOURS**, *L'État sorcier. Santé publique et Société au Cameroun*, Collection : Connaissance des hommes, Paris, op. cit., p. 158

santé et qui ne le fait pas ou le fait plutôt insuffisamment se comporterait alors comme un sorcier envers et contre tout, sans qu'il soit besoin, pour le corps social, de rechercher une quelconque responsabilité de l'autorité publique. C'est aussi une dimension de la perspective culturelle <sup>272</sup> qui sert ainsi de justification à l'action carentielle de l'État pour la mise en œuvre de la santé publique. C'est que, dans les conceptions populaires, le sorcier est une personne au pouvoir manichéen agissant dans l'ombre, rétribuant sans nuance par le bien ou le mal, les hommes sans défense et sans revanche. Ce manichéisme médico-sanitaire, ordre sournois du pouvoir étatique dans l'imaginaire médical de la population, et dont l'apparition est occurrente avec l'institution de l'État postcolonial en Afrique, est ainsi traduit par Bernard [176] Hours <sup>273</sup> : « *L'État distribuerait gratuitement une médecine de pauvre, de médiocre qualité, mise en œuvre par des personnes irresponsables.* ».

L'image de la persécution du corps biologique par la maladie et par l'absence de soins adéquats dans l'hôpital public et les difficultés d'y accéder parfois, renvoie dans l'imaginaire collectif, à l'image du corps social frappé par le chômage, la misère implacable, l'arbitraire de certaines instances depositaires d'une parcelle quelconque du pouvoir de l'État. Pour autant, selon la vision culturelle institutionnalisée dans l'imaginaire collectif, un malheur ne peut survenir sans être provoqué par l'esprit de repartie d'un adversaire, d'un prétendant marri, d'un sorcier, capable non seulement de rendre malade mais encore de faire en sorte que tous les recours ou voies de délivrance recherchées, y compris étatiques, soient vaines et de nul effet. Ainsi, les autorités sanitaires et la puissance publique peuvent encore sans risque de contestations populaires affirmer partout la légitimité et la continuité de leur action tant préventive que curative en termes de développement de la santé publique et d'une certaine rationalisation des moyens qui lui sont alloués. Toutefois, face aux demandes sociales d'efficacité et d'efficacités du système pyramidal des soins de santé, l'effort de rationalisation des politiques de santé publique sous

<sup>272</sup> Peter A. HALL, Rosemary C. R. TAYLOR, « *La science politique et les trois néo-institutionnalismes* ». In : *Revue française de science politique*, 47<sup>e</sup> année, n°3-4, (Traduit de l'Anglais par Jean-François Baillon), op. cit.

<sup>273</sup> Bernard HOURS, *L'État sorcier. Santé publique et Société au Cameroun*, Collection : Connaissance des hommes, Paris, op. cit., p. 156.

l'impulsion par exemple d'une idéologie néo-libérale, peut relative-ment se faire performant en matière de santé curative et seulement en cette matière. La santé préventive devant rester pour son efficacité dans le seul giron d'une action publique responsable, performative et performante.

[177]

## Titre 2.

### Cliniques « privées » et signes cliniques d'un malaise social

[Retour au sommaire](#)

Le marché béninois des soins de santé est un espace pyramidal à l'intérieur duquel sont imbriqués les établissements autant du secteur public que privé des prestations sanitaires. En effet, l'offre des soins de santé curative faite par le secteur public dénote l'existence d'une carence de l'action publique à couvrir tout seule l'ensemble des demandes toujours croissantes des soins de santé sur le champ territorial de ses compétences. C'est donc, à juste titre, que l'organisation pyramidale des soins de santé fait appel à la collaboration des établissements de soins privés dans le seul dessein de compenser les insuffisances du secteur public. Pourtant, ce recours au secteur privé des soins médicaux dont le but est d'assurer l'efficacité de la pyramide sanitaire a fait émerger deux phénomènes en les constituant à l'intérieur même du marché des thérapeutiques modernes : d'une part, la double privation d'une strate importante de la population – pour des raisons de solvabilité ou de pouvoir d'achat – d'abord, de la possibilité à supporter dans une clinique privée le coût de leur capital-santé lorsque les services publics de santé ne peuvent plus satisfaire leur demande de soins médicaux ; ensuite, de l'opportunité de bénéficier effectivement de l'alternative démocratique des soins de santé ainsi entérinée par la pyramide sanitaire oscillant entre secteur public et secteur privé. D'autre part, la multiplication exponentielle des cabinets médicaux, dispensaires ou autres établissements de soins de santé dénommés cliniques privées dénote non seulement la capacité des ac-

teurs privés à occuper l'espace public <sup>274</sup> des soins de santé curative délaissé par l'État, mais encore l'imposture de bon nombre d'entre eux, créateurs d'illusion thérapeutique et dont le seul but est de tirer profit de ce marché des soins médicaux. Ce dernier phénomène de plus en plus grandissant, [178] interpelle partout la réactivité des politiques publiques en matière de sécurité sanitaire. C'est certainement l'un des cadres idoines où la gouvernance politique de la santé peut encore trouver toute sa justification de sorte que l'État, tout en favorisant l'entrée et l'intégration des acteurs privés prestataires des soins de santé, ne s'efface pas mais continue d'assurer son rôle d'autorité de contrôle et de régulation du marché des soins médicaux.

### *A\*) Libéralisation de l'espace public de la santé et privation des soins médicaux*

[Retour au sommaire](#)

La santé publique curative est une mission de service public dont l'État, les autorités sanitaires ni aucune structure de santé publique n'ont ici l'apanage pour autant. De fait, le recours croissant des populations aux soins médicaux, toujours orienté entre le service public de santé et les établissements de soins privés traduit une fois de plus leurs motivations à suivre des thérapeutiques modernes. Néanmoins, malgré des politiques de santé publique de plus en plus hardies, les moyens mis en œuvre par la puissance publique restent encore trop limités pour atteindre à l'efficacité du système des soins de santé dans ce pays. Aussi, la diminution tant soit peu de l'intervention publique dans la prise en charge de la santé curative est-elle apparue en l'espèce comme une solution idoine pour couvrir les carences de la

---

<sup>274</sup> Pour **Marceline KASSIN** : « *Tout ce qui est public au Bénin est laissé pour compte. L'hôpital public est ainsi laissé pour compte. Il est incomparable aux structures privées. Mais les vrais établissements de soins privés au Bénin sont très peu nombreux. A peine quatre à cinq sont dignes de ce nom. Les autres qui ne disposent même pas du minimum des ressources indispensables pour des soins de qualité, sont de véritables leurres dans lesquels bien des usagers se font avoir. Des cabinets comme ça, il y en a plein. Ces cabinets privés sont un problème pour le Bénin.* ». Cf. **Marceline KASSIN**, entretien du 15 novembre 2010.

puissance publique. C'est dans cette optique que le système pyramidal de la santé publique prend aussi en compte pour son fonctionnement performant la participation des établissements de soins privés dans la construction de ce nouvel espace public de santé curative. Ainsi, la libéralisation de la santé publique curative est en quelque sorte une forme d'atténuation des diverses manifestations de l'État sorcier que Bernard Hours décrit en termes de carcans administratifs à travers les représentations fatalistes et culturalistes des soignants comme des soignés face aux dysfonctionnements notoires et récurrents des services publics de santé. En effet, au contraire de l'hôpital public, la clinique privée développe une relation personnalisée avec sa clientèle privée en promettant [179] de toujours mettre en œuvre toutes les ressources indispensables pour la satisfaire lorsque le service public s'efforce seulement de satisfaire l'utilisateur avec les quelques moyens disponibles. Dans cette perspective, la libéralisation de l'espace public de la santé curative est un processus de démocratisation du système des soins de santé dans la mesure où elle offre aux populations la possibilité de prendre leur santé en main en échappant ainsi au fatalisme de la maladie souvent associé aux carcans et mauvais fonctionnement des institutions sanitaires. Le fait est que l'hôpital privé est réputé médicalement mieux équipé avec une bonne écoute du soigné que l'hôpital public où règne de surcroît entre soignants et soignés un échange mutuel de services, de dons, et de contre-dons de la même manière que dans les autres sphères de la fonction publique. L'hôpital privé met le soigné et sa famille devant une situation de nivellement des conditions sociales de sorte que le statut notabiliaire du soigné ou de son lignage, son prestige social, ses connaissances des milieux sanitaires, ne suffisent plus pour lui assurer munificence et diligence des meilleures prises en charges médicales possibles. Dans l'espèce, la solvabilité de l'utilisateur, reste le seul critère déterminant d'une meilleure accessibilité aux soins médicaux. Ainsi, la position socio-économique du demandeur des soins de santé influe notablement sur son capital-santé. Pour Ginette Paquet et Benoit Tellier <sup>275</sup> : « *C'est davantage la position*

---

<sup>275</sup> **Ginette PAQUET et Benoit TELLIER**, « Les facteurs sociaux de la santé », in **Vincent LEMIEUX, Pierre BERGERON, Clermont BÉGIN, et Gérard BÉLANGER**, (dir.), *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, [en ligne] cf. « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », op. cit., pp. 14 et 15-16.

*sociale qui tend à déterminer la santé, plutôt que l'inverse – aussi ajoutent-ils –, le statut socio-économique a des effets à long terme sur la santé. ».*

Une situation somme toute défavorisant les personnes les plus démunies qui subissent de fait une double privation des soins médicaux : une première privation de prise en charge médicale adéquate à la demande de soins est due à l'organisation souvent défaillante des services publics de santé ; une deuxième privation qui s'explique par le faible niveau de leur revenu pour envisager des thérapeutiques dans un établissement privé <sup>276</sup>. Toutefois, la solvabilité du malade [180] ou de son entourage familial n'est pas le seul facteur lui garantissant à tout prix une accessibilité aux soins médicaux dans l'hôpital privé. La nature de la maladie du patient ou le type de pathologie dont il se plaint est également fonction de tri sélectif à l'entrée de certaines cliniques privées. En effet, les établissements des soins de santé du secteur privé bien que mieux équipés en ressources humaines et médico-techniques, ne disposent pas souvent d'un nombre important de lits et de chambres d'hospitalisation. Par conséquent, pour permettre la fluidité des maintiens en hospitalisation, les cliniques privées finissent par mettre en place une politique de choix des malades privilégiant ainsi les affections de courte durée.

Au total, la libéralisation de l'espace public de la santé curative dans le contexte actuel de cette étude apporte certes, tant bien que mal, des solutions pratiques aux carences du pouvoir décisionnel en la matière mais encore est source de nouveaux problèmes qui jalonnent quelquefois les parcours de soins.

---

<sup>276</sup> **Adrien HOUNGBÉDJI** faisant le même constat souligne d'ailleurs que : « Dans l'ensemble, les cliniques privées pratiquent des soins de qualité plus grande par rapport aux établissements publics ; mais les tarifs sont plus élevés. Elles restent donc inaccessibles à la grande majorité de la population. ». In **Adrien HOUNGBÉDJI**, Il n'y a de richesse que d'hommes, Paris, Editions de l'Archipel, op. cit., p. 171.

***B\*) Cliniques « privées », croyances publiques  
ou sociologie d'une illusion thérapeutique***

[Retour au sommaire](#)

La libéralisation du marché des soins de santé suscite de plus en plus l'engouement d'une partie du personnel soignant pour l'exercice libéral de leur profession. Cet engouement des professionnels des soins de santé pour le secteur privé prend une ampleur d'autant considérable que l'État poursuit sa politique de gel des recrutements dans la fonction publique hospitalière. Mais la libéralisation de l'espace public des soins de santé soulève de nouvelles problématiques liées notamment à la qualité des prestations offertes par certains établissements de soins privés. Ce phénomène grandissant est également décrit par Adrien Houngbédji <sup>277</sup> qui souligne fort justement que : « *Le secteur intermédiaire, constitué de micro-unités [181] de santé et définissant l'informel sanitaire, est en expansion fulgurante, répondant à une forte demande de soins de base à des prix raisonnables. Toutefois, la qualité des soins n'y est pas toujours assurée.* ».

En effet, la plupart des agents de santé installés à leur compte, qu'ils bénéficient ou non d'une licence ou autorisation de s'établir ou de s'installer à titre privé, n'ont pas toujours les compétences correspondantes aux prestations de soins proposées. Ainsi l'exemple des infirmiers voire des aides-soignants ou infirmiers d'État adjoints, installés à leur compte pour offrir, y compris l'office de maternité, des soins médicaux de tout genre, avec la pratique, de fait banalisée, des prescriptions d'ordonnances médicales. En outre, ces acteurs des « médecines de brousse ou de quartier des villes » s'installent dans cet espace légitime des prestations sanitaires en se conduisant non plus comme des professionnels des soins de santé mais essentiellement comme des agents économiques qui ne pensent qu'à maximiser leurs intérêts pécuniaires. Un contexte similaire à la présente étude avait

---

<sup>277</sup> **Adrien HOUNGBÉDJI**, *Il n'y a de richesse que d'hommes*, Paris, Editions de l'Archipel, op. cit., ibidem.

déjà conduit Yannick Jaffré <sup>278</sup> à entériner en ces termes ses observations empiriques des systèmes sanitaires en Afrique : « *Au cœur de l'acte thérapeutique, d'indispensables actes médicaux ne sont pas réalisés comme ils le devraient. Les normes et les conduites prescrites ne sont qu'inégalement mises en œuvre. Le plus souvent il ne s'agit pas, ou tout au moins pas uniquement, d'incompétences techniques. [Mais] plutôt d'une dissociation de l'acte technique de la « volonté sociale » qui devrait en guider l'accomplissement. L'acte thérapeutique est disjoint de sa raison altruiste et morale et la déontologie n'oriente pas l'acte de soin. Autrement dit, « on ne fait pas ce que l'on sait devoir faire pour le bien du patient » ».*

Dans ce contexte, bien souvent devant la nécessité absolue de vite référer vers des structures sanitaires adaptées un cas de complication ou une situation potentielle d'urgence médicale, certains cabinets privés <sup>279</sup> préfèrent néanmoins [182] garder le malade en le soulageant

---

<sup>278</sup> **Yannick JAFFRÉ**, Dynamiques et limites socio-anthropologiques des stratégies de prévention et de contrôle des risques infectieux dans les pays en voie de développement, in : La maîtrise des maladies infectieuses, un défi de santé publique, une gageure médico-scientifique. Paris : Académie des sciences, Rapport sur la science et la technologie, n° 24, 2006, pp. 101-115. [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », p. 17 [consulté le 29 décembre 2009]

<sup>279</sup> Dans ce même contexte, **Siméon DAVODOU**, infirmier d'État en service au CHD Borgou/Alibori de Parakou, décrit pour sa part une situation d'« anarchie » car, considère-t-il : « *N'importe qui s'installe et fonctionne selon ses intérêts personnels. Ce qui compte, c'est de gagner avant tout de l'argent. Ainsi, certains cabinets privés retardent volontairement jusqu'au dernier moment la décision de transférer vers les hôpitaux mieux équipés les malades qui n'étaient pas au départ une urgence médicale en utilisant des calmants, des antalgiques. Les victimes de ces pratiques sont de plus en plus nombreuses car les cabinets privés reçoivent plus de patients que les CHD. Mais le problème vient aussi du fait que le pays connaît un sérieux problème de manque de personnel soignant. Certains CHD comme par exemple celui de l'Atacora/Donga n'ont même pas de médecin ni de chirurgien. Globalement, la qualité des soins à l'hôpital public n'est pas satisfaisante. L'assurance-qualité pose problème car la prise en charge du malade est inadéquate aux règles du métier : mauvaise qualité de l'accueil des malades et de leurs familles à cause de la pénurie du personnel soignant ; des soins qui traînent à tel point que le patient peut en mourir. Tout comme le personnel soignant, l'hôpital public manque aussi des agents d'entretien ce qui pose souvent un problème d'hygiène sanitaire. Cela ne manque pas d'agir sur la qualité des*

par l'action temporaire des sédatifs ou en abusant de l'usage des antibiotiques plutôt que de prendre le risque commercial pour eux-mêmes de perdre un client ou selon la tradition médicale un « patient ». De même, certaines compétences techniques – chirurgien, dentiste, ORL – font défaut bien que le protocole de soins offerts le mentionne souvent au public. Tout se passe, pourrions-nous constater, en parfaite débrouillardise : les rudiments du métier s'acquièrent tant bien que mal sur le tas. Le visage hagard du patient, dans ces cabinets dédiés aux soins, implore quelques mansuétudes de celui qui dans ces arènes de l'espoir passe pour le docteur-médecin, le chirurgien-dentiste – alors qu'il n'est qu'un infirmier – ou pour le major infirmier – alors qu'il n'a pour seules compétences acquises par la formation professionnelle que celles d'un aide-soignant <sup>280</sup>. Le point commun avec les professionnels plus spécialisés étant seulement que tous arborent ici la blouse bleue ou blanche ; à cette différence près [183] que les profes-

---

*soins donnés ce qui peut également expliquer la faible fréquentation des hôpitaux publics et l'engouement de la population vers les centres privés. Mais pour autant, tous les cabinets privés n'offrent pas toujours les qualités requises pour les soins de santé. Par exemple, l'aide-soignant installé à son propre compte, quelle que soit la qualité de ses matériels médico-techniques, il ne peut rien faire de mieux sans les compétences spéciales nécessaires. Normalement, pour s'installer en libéral, il faut avoir une autorisation du Ministère de la santé publique. L'autorisation n'est donnée qu'aux médecins et sages-femmes mais en réalité, les paramédicaux sont les plus nombreux à s'installer sous le couvert autrement dit le parrainage d'un médecin ou d'une sage-femme sans pour autant travailler effectivement sous leur contrôle médical. ».*  
Cf. **Siméon DAVODOU**, op. cit. – entretien du 04 novembre 2010.

<sup>280</sup> Selon **René Xavier PERRIN**, professeur titulaire de gynécologie à l'HOMEL, op. cit., entretien du 16 novembre 2010 : « *L'aide-soignant peut être comparé au technicien de surface. Il n'a pas reçu de formation théorique approfondie. C'est pourquoi, lorsqu'il occupe, comme c'est souvent le cas dans les zones périphériques de notre pyramide sanitaire, des responsabilités médicales ou paramédicales, certains préfèrent alors dire qu'il est un agent de santé formé sur le tas à qui on demande de tout faire : service d'accouchement en l'absence de sage-femme, activité d'infirmier et une fonction de généraliste en médecine pour compenser l'absence de médecin. En réalité, ce ne sont pas les compétences médicales et paramédicales qui manquent mais les moyens, les ressources pécuniaires pour prendre en charge à long terme les recrutements. Les centres de santé privés préfèrent dans ce cas recruter des aides-soignants puisqu'ils reviennent beaucoup moins chers pour leur rémunération. ».*

sionnels des soins paramédicaux font ici une présentation de soi qui contribue davantage à conforter la croyance et la confiance légitimes des usagers à se tourner vers eux pour leur demande de soins ou de suivi médical. Le risque sanitaire est là. Et il se traduit par le nombre croissant de morts ou de victimes de complications dans ces parcours de soins risqués d'autant aggravés par des pratiques similaires du côté des prestataires des officines de pharmacie. Tous, les uns comme les autres, se livrent allègrement à la fourniture des services de soins médicaux ou pharmaceutiques qui requièrent pourtant des compétences ou une technicité qu'ils n'ont pas vocation à remplir. Tous s'y adonnent, à la manière des charlatans-thérapeutes, ou des marabouts-guérisseurs qui attirent vers eux tous ceux qui arborent l'espoir d'une guérison à tout prix. À l'instar des marabouts-guérisseurs et des problèmes de sécurité sanitaire induits par leurs pratiques de soins de santé, la société tout entière ne serait-elle pas en train d'assister à la marchandisation de la détresse de ceux qui portent dans leur chair, un problème quelconque de santé et sur leur front, l'espoir légitime d'en guérir ? Un marché des soins de santé ouvert aux praticiens de tous ordres des thérapies modernes et traditionnelles ; un marché de l'espoir et de la démesure d'autant nourri et consolidé par la croyance fondamentale qu'au Bénin, la cause de la mort, de la maladie et de tout événement accidentel est certainement dans les trames d'une histoire familiale de sorcellerie. Autant dire, la libéralisation de l'espace public de la santé et l'introduction des acteurs privés dévoilent également un nouvel espace social des comportements à risque inhérents à la pratique de certains professionnels des soins et susceptibles de compromettre durablement la santé publique. En effet, l'imposture qui se cache souvent derrière certains prestataires des services de soins de santé est un comportement générateur de risques, une menace pour la sécurité sanitaire, une dérive qui échappe en tout point au contrôle de la puissance publique. De surcroît, ce comportement à risque pour autrui intervient dans un espace sociétal ou sociopolitique qui s'accommode mal à la culture de l'erreur ou de la responsabilité médicale. De fait, la faute médicale ou paramédicale s'efface toujours dans les conceptions populaires devant les accusations diffuses en sorcellerie, les supputations métaphysiques ou les foudres totémiques supposées à l'origine de la maladie qui reste alors la cause première et

[184] exclusive de la mort corrélative à celle-ci. De même, la position sociale <sup>281</sup> du fondé de pouvoir de l'établissement de soins privé, ses réseaux notabiliaires suffisent généralement à faire obstacle à toute action en responsabilité médicale devant l'autorité judiciaire. Paradoxalement, le risque sanitaire et les comportements à risque sont en l'occurrence associés à l'activité de soins comme pourrait si bien le constater Patrick Peretti-Watel <sup>282</sup> selon lequel : « *Les comportements à risque ne se limitent pas aux facteurs de risque associés à telle ou telle pathologie : ils incluent aussi des conduites déviantes, qui mettent en danger leurs auteurs, des tiers, ou qui portent atteinte à l'ordre public.* ».

La sécurité sanitaire, l'ordre public sont en l'espèce affectés, dans la mesure où, l'implantation d'un centre de santé au sein d'une collectivité territoriale nourrit à juste titre la confiance légitime et les croyances populaires de bénéficier promptement, si besoin en est, des soins de santé efficaces et de proximité.

Devant une telle situation marquée par l'anarchie du système des soins de santé, la gouvernance en matière de santé peut être un moyen rationnel pour réhabiliter l'action publique, seule garante, en pareille occurrence, de la performance de la pyramide sanitaire.

---

<sup>281</sup> En témoigne **Marceline KASSIN** qui affirme qu'en matière de culture de responsabilité des professionnels de soins médicaux et paramédicaux au Bénin : « *On peut dire qu'un début de quelque chose se prépare. Maintenant, en cas de décès du malade, des audits décès sont réalisés pour en comprendre les causes et les circonstances. Mais les sanctions sont souvent noyées par les réseaux de connaissances du médecin ou de l'infirmier souvent affilié par réseau ou amicalement à une haute personnalité de l'administration publique ou politique. Tout est politisé au Bénin.* ». Cf. **Marceline KASSIN**, op. cit., entretien du 15 novembre 2010.

<sup>282</sup> **Patrick PERETTI-WATEL**, « Les comportements à risque ». In **Isabelle CORPART**, (dir.), *Problèmes politiques et sociaux*, dossier n° 914, La Documentation Française, Décembre 2005, p. 5.

[185]

***C\*) Cliniques « privées », acteurs publics  
et gouvernance politique de la santé***

[Retour au sommaire](#)

L'espace public et politique de la santé décrit dans cette étude est finalement un espace de liberté parsemé autant de concertations que de concurrences entre ses différents acteurs. La santé publique, curative notamment, semble dans l'espèce faire l'affaire de tous : d'abord, l'État qui en fait naturellement une mission d'intérêt public avec l'édification progressive du système pyramidal des soins de santé à trois degrés<sup>283</sup> de prise en charge : le niveau périphérique pour les soins de santé primaires, le niveau intermédiaire associé aux compétences médico-techniques toujours relatives des CHD, et le niveau national, en l'occurrence le CNHU comme l'HOMEL qui se veulent médicalement plus spécialisés, opérationnellement plus dynamiques, conciliant tant soit peu action clinique, expertise publique et recherche universitaire ; ensuite, les établissements de soins privés qui proposent partout aux populations : efficacité, proximité et promptitude des soins médicaux ou paramédicaux là où l'intervention publique hospitalière est plutôt défailante voire inexistante ; enfin, les thérapeutes traditionnels et néo-traditionnels, intégrés ou non dans la pyramide sanitaire, continuent de combler les attentes ou l'espoir d'alternative thérapeutique des malades, soit en échec thérapeutique avec la médecine moderne, soit aux revenus assez modestes pour envisager de suivre aisément des soins médicaux.

La libéralisation de l'espace public de la santé tel que circonscrit dans cette étude a tôt fait de soulever, une fois de plus à l'action publique, un nouveau problème de sécurité sanitaire, inhérent à l'accroissement des structures de soins privées et à la qualité de leur prestation de service public des soins de santé. Dans ce contexte, la

---

<sup>283</sup> Les trois degrés de prise en charge médicale et paramédicale ainsi que les structures administratives correspondantes à chaque niveau sont détaillés en forme de tableau donnant ainsi l'esquisse de cette pyramide sanitaire dans le document 4 en annexe 2.

gouvernance de l'espace public de la santé, si peu que ce soit politique, apparaît comme une technique d'organisation qui permet à l'État d'apporter sa régulation à ce système de soins partagé entre acteurs publics et partenaires du secteur privé. [186] Dans cette perspective, Patrick Hassenteufel <sup>284</sup> concevait déjà pour son efficacité l'action publique non plus comme : « *Un enchaînement linéaire de séquences mais comme le produit d'interactions multiples entre divers acteurs.* ».

C'est le sens même de la gouvernance politique que Yannis Papadopoulos <sup>285</sup> considère comme une modalité particulière de l'action publique faisant ainsi la conjonction organisée entre l'action d'une large variété de partenaires de droit public comme privé et qui poursuivent des buts et des objectifs très différenciés. Par conséquent, la gouvernance politique de la santé curative peut servir de moyen d'atténuation à cette libéralisation observée de l'espace social de la santé publique curative. En effet, par le jeu de la régulation nécessaire des interactions entre les divers acteurs de la santé curative et la société, l'État peut encore redéployer efficacement ses normes de contrôle de l'intérêt général à travers un objectif de sécurité sanitaire assorti d'un protocole d'assurance-qualité indispensable à toute entreprise de dispensation des soins de santé. Ainsi, la diminution de l'intervention publique dans la sphère sociale de la santé curative renforce, en pareille circonstance, la capacité de l'État à développer en retour et à mettre en place un partenariat multisectoriel avec des acteurs privés à différents niveaux. L'architecture actuelle de la pyramide sanitaire est ainsi marquée par cette volonté politique d'hybridation de sorte que les acteurs privés nationaux et transnationaux ont, autant que les institutions publiques, leur parcelle d'actions et d'interactions dans ce système pyramidal et organisé de la santé publique curative. Toutefois, la gouvernance politique de la santé publique qui fédère différents acteurs

<sup>284</sup> Patrick HASSENTEUFEL, « Do policy networks matter ? Lifting descriptif et analyse de l'État en interaction », in Patrick LE GALES, et Mark THATCHER, (dir.), *Les réseaux de politique publique : débats autour des policy networks*, op. cit., p. 97

<sup>285</sup> Yannis PAPADOPOULOS, « La gouvernance en réseaux : les conséquences pour la démocratie participative », in Olivier GIRAUD et Philippe WARIN, (dir.), *Politiques publiques et démocratie*, Paris : Ed. La Découverte, op. cit., p. 281

complémentaires n'est qu'une modalité de l'action publique, laquelle peut, de surcroît, rechercher son efficacité et son efficacité en intégrant, dans l'espèce, toute sa dimension territoriale. Autrement dit, la spatialisation de la santé publique curative et préventive peut être une solution performante contre les effets de la centralité excessive des politiques publiques en matière de santé comme dans les autres domaines de l'administration publique. Dans cette perspective, la [187] décentralisation s'offre à la décision publique comme une technique de gestion territoriale susceptible de pourvoir à l'action publique son efficacité et son efficacité. L'organisation pyramidale du système de santé de ce pays s'inscrit à juste titre dans cette logique de décentralisation du service public de santé en superposant ainsi ses différents degrés d'intervention médicale et paramédicale aux différents niveaux de compétence territoriale organisés par les lois de décentralisation du 15 janvier 1999.

### Titre 3. La santé publique par l'approche participative et territoriale de la décentralisation

[Retour au sommaire](#)

La santé publique est devenue une préoccupation collective dans les arènes territoriales avec l'émergence, grâce à la décentralisation progressive, de nouveaux entrepreneurs politiques locaux. Elle est partie intégrante du projet sociétal de développement local déterminé sous l'impulsion des décideurs publics et défendu ici par ces entrepreneurs politiques. De fait, la décentralisation qui favorise aussi le développement de la gouvernance territoriale et l'essor de la démocratie locale est un outil de perfectionnement de l'action publique dans une perspective de recomposition sociale. En effet, la recomposition de l'État s'est imposée en Afrique subsaharienne à partir d'un constat : la crise de l'État postcolonial. Pour Antoine Sawadogo <sup>286</sup> : « *Il y a donc*

---

<sup>286</sup> **Antoine Raogo SAWADOGO**, *L'État africain face à la décentralisation*, Paris, Ed. Karthala, 2001, p. 16. **Antoine SAWADOGO** en parlant du « mal

[une] *crise de l'État postcolonial. En moins d'un demi-siècle d'existence, il s'essouffle, faiblit, disparaît ou est moribond. [188] L'espace de la sphère publique semble avoir été réduit à une coquille vide, à des vestiges d'État* ».

Ainsi, le Bénin, modèle en l'occurrence de l'État postcolonial est marqué dans son organisation administrative par les effets d'une pratique persistante dans les sociétés africaines à travers le patrimonialisme voire un néo-patrimonialisme d'État. De surcroît, son organisation territoriale est certainement un héritage de l'administration coloniale. Ainsi l'exemple de la centralisation excessive de la chose publique qui sous forme d'autocratie ou encore de totalitarisme s'apparente à cette logique de reproduction mise en évidence par Jean-François Bayart<sup>287</sup> lorsqu'il affirme que : « *Les pratiques autoritaires, l'échec de la greffe de la démocratie libérale en Afrique noire ne renvoient pas à la persistance d'une culture traditionnelle dont la définition est au demeurant impossible, mais bel et bien au moment colonial et à la reproduction de son héritage au lendemain de l'indépendance.* ».

Cependant, l'État postcolonial n'est pas seulement le fruit de cet héritage politique mais aussi le produit d'une forme d'hybridation empruntant à la fois au légal rationnel et au patrimonialisme son modèle de fonctionnement. Mais ce modèle d'organisation a vite révélé ses limites avec les différentes crises qui ont traversé l'État postcolonial. C'est le premier catalyseur<sup>288</sup> identifié de la nécessité de réfor-

---

d'État » met surtout en exergue le problème de la « gouvernabilité » de l'État postcolonial laminé davantage par une pratique courante et commune aux États africains : le culte de la personnalité dont le format habituel réside dans les dictatures dirigées d'une main de fer par un prince, un demi-dieu, l'homme idoine, le timonier national, le père de la nation, le chef suprême : autant d'attributs symboliques pleins de sens aux yeux du prince et de ses courtisans, lesquels ont de ce fait moins de temps pour se soucier de la gouvernabilité qui reste pourtant une attente légitime de leur peuple.

<sup>287</sup> **Jean-François BAYART**, « La problématique de la démocratie en Afrique noire : la Baule, et puis après ? », in **Daniel BOURMAUD** et **Patrick J. QUANTIN**, (dir.), *Les chemins de la démocratie*, KARTHALA, 1991, p. 6

<sup>288</sup> Dans la même ligne d'idée, voir **Charles NACH MBACK** in *Démocratisation et décentralisation : genèse et dynamiques comparées des processus de décentralisation en Afrique subsaharienne*, KARTHALA-PDM, 2003, p. 32. **Charles NACH MBACK** parle à cet effet de « double crise » : d'abord, une crise sociopolitique, ensuite une crise économique.

mer partout l'État postcolonial. Le second élément catalyseur réside dans les diverses pressions internationales<sup>289</sup> : de la part des bailleurs de fonds internationaux : la Banque mondiale (BM) notamment avec ses Programmes d'Ajustement Structurel (PAS) dans les années quatre-vingt-et-quatre ; de la part aussi des États occidentaux comme la France avec la politique dite de la carotte, c'est-à-dire la conditionnalité des aides aux réformes territoriales, administratives, [189] politiques et économiques. Ces réformes visent essentiellement l'instauration de nouvelles règles de régulation politique à travers les notions de bonne gouvernance, de décentralisation, de démocratie locale et du développement à la base. Le point de départ de cette réorganisation territoriale, administrative et politique au Bénin fut sans doute la Conférence nationale de 1990. Les objectifs de cette conférence consistent dans l'instauration d'un régime démocratique qui doit être renforcé par une réforme de l'administration territoriale désormais à travers les politiques de déconcentration et de décentralisation. C'est dans ce nouveau cadre territorial de l'action publique que s'inscrivent et se développent les nouvelles politiques de santé publique dans ce pays. Mais quelle est la consistance de cette action publique en pareille circonstance et comment favorise-t-elle le développement d'une santé publique de plus en plus territorialisée ?

---

<sup>289</sup> Sur la conditionnalité des aides au développement voir **Thomas BIERSCHENK** et **Jean-Pierre Olivier de SARDAN**, *Les pouvoirs au village, le Bénin rural entre démocratisation et décentralisation*, Paris, Editions KARTHALA, 1998, p. 12 et **Mamoudou GAZIBO** & **Jane JENSON**, « La politique comparée : Fondements, enjeux et approches théoriques », Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2004, p. 172.

***A\*) La santé communautaire,  
chantier obscur du développement local  
à l'ère de la décentralisation***

[Retour au sommaire](#)

Dans une approche sectorielle, la question du développement local à partir de l'exemple de la santé permet de mettre en exergue quelques déficiences. En effet, le développement local tout comme l'alphabétisation, les activités culturelles de la municipalité, l'urbanisme, l'environnement et la santé intègrent la sphère des nombreuses compétences dévolues aux communes par la décentralisation. Mais qu'on ne s'y trompe guère, dans certains domaines comme nous le verrons avec le secteur de la santé, la compétence des communes réside plus dans la planification pure et simple que dans la gestion véritable des problématiques de santé. En matière d'alphabétisation par exemple, des efforts notables continuent d'être réalisés avec la contribution des associations telles que l'AFJB <sup>290</sup>, les chaînes de radiodiffusion locales. En revanche, le domaine de la santé malgré son [190] organisation pyramidale – comme nous venons de le voir – souffre encore d'une relative centralisation faute de pouvoir disposer de ressources nécessaires et des infrastructures locales adaptées. La dépendance sanitaire des niveaux périurbains aux grandes aires métropolitaines n'est donc pas résorbée définitivement. Ainsi, les implications attendues sur la réorganisation du système de santé par la nouvelle réforme de décentralisation manquent encore de cohérence et de consistance sur le terrain. En effet, le but visé par la décentralisation du système de santé au Bénin consiste avant tout à offrir aux populations des échelons périphériques, des services de soins de qualité et surtout à proximité. La mise en place dans les années quatre-et-vingt, sous l'impulsion des instances de l'OMS, des districts sanitaires <sup>291</sup>

<sup>290</sup> AFJB : Association des Femmes Juristes du Bénin.

<sup>291</sup> Pour **Daniel GRODOS**, le district sanitaire est : « *comme l'unité fonctionnelle de décentralisation de l'organisation sanitaire pour une population bien définie. Sa taille optimale et sa complexité dans une situation donnée sont le résultat de deux exigences opposées : il doit être suffisamment grand pour permettre une certaine concentration des ressources humaines et techniques ;*

qui sont de petites structures de soins décentralisées, tentait déjà tant bien que mal de répondre à cet objectif de proximité.

Mais pour ce qui est de la proximité, force est de constater que la situation sanitaire est toujours aussi critique que par le passé, notamment dans les zones rurales et dans la quasi-totalité des régions septentrionales du pays. En effet, ces aires périphériques souffrent toujours de leur distance avec l'État central et les grands pôles urbains ainsi que d'une absence criarde des infrastructures médico-sanitaires tels que les établissements de distribution des médicaments ou pharmacies de zone et des hôpitaux équipés tant en ressources humaines qualifiées qu'en matériels de soins adaptés. Aussi, les populations se voient-elles aujourd'hui encore obligées de parcourir plusieurs kilomètres voire d'attendre plusieurs jours pour enfin avoir accès aux premiers soins et prise en charge médicale, lesquels soins médicaux arrivent bien souvent trop tard. Cette situation entraîne une sorte d'exode rural et médical des patients vers les structures de santé des aires urbaines relativement mieux équipées mais à cent lieues des malades de ces zones périphériques. Une telle situation n'est pas sans conséquence pour les populations [191] locales. Ainsi l'exemple d'une patiente (Léocadie A.) <sup>292</sup>, présentant des complications d'une

---

*mais il doit également être assez petit pour avoir la possibilité d'établir une communication avec la population et une participation des communautés* ». In **Daniel GRODOS**, *Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne : Enjeux, pratiques et politiques*, Paris, KARTHALA-UCL, 2004, op. cit., p. 37

<sup>292</sup> Ce cas particulier nous a été relaté par **ADIH Cocou Nestor**, transporteur à Cotonou, dans un entretien du 20 juin 2009 sur la couverture sanitaire au Bénin après la mise en place de la réforme de décentralisation de 2002 et 2003. En effet, selon l'enquête, à défaut d'une prise en charge médicale à l'hôpital public de la ville de Parakou en manque de neurologue et de cardiologue, la patiente a été redirigée vers une institution sanitaire privée où une caution de cent mille francs CFA (100.000) a été exigée avant l'administration des premiers soins. La famille préféra alors une évacuation de la patiente vers le CNHU de Cotonou. Cet exemple montre deux choses : d'abord, le déficit du service public local de la santé ; ensuite, la surenchère médico-financière découlant des pratiques commerciales des professionnels du secteur privé de la santé qui profitent ainsi de l'absence d'un engagement conséquent de l'État dans ce domaine de la santé. En outre, l'absence de protection sociale, de politiques assurantielles complique davantage la situation des administrés au moment de recourir aux soins de santé malgré l'officialisation par la décentralisation de l'acte de naissance d'un État dit de proximité.

maladie du système nerveux ou AVC (Accident Vasculaire Cérébral) et qui a dû mettre deux jours pour arriver au CNHU de Cotonou – à environ quatre cents kilomètres de là – en provenance de Parakou. Bien évidemment, les séquelles furent irrémédiables et des cas similaires sont de nos jours encore légion. Cet exemple typique de la pénurie de ressources humaines et d'infrastructures sanitaires au Bénin prouve que la décentralisation a encore du chemin à faire pour réussir un jour la couverture sanitaire tant attendue par les collectivités locales.

Par ailleurs, les lois de décentralisation du 15 janvier 1999 n'opèrent aucun transfert de compétence aux communes pour la gestion proprement dite des structures sanitaires implantées sur leur territoire. Les compétences de la commune en la matière ne sont donc que résiduelles et visent essentiellement à l'encadrement du développement des programmes de santé publique dans la commune. Si l'on reprend les termes de l'article 100 de la loi 97-029 du 15 janvier 1999, la commune est compétente pour la réalisation d'équipements de santé publics, pour les réparations et l'entretien des centres de santé au niveau de l'arrondissement, du village ou du quartier de ville ; l'État devant lui transférer les ressources nécessaires à l'exercice normal de ces compétences locales. Néanmoins, la loi ne confère à la commune aucune compétence en matière de gestion des structures de santé. Ainsi, la commune n'a pas d'autorité sur le personnel de santé établi sur son territoire. Dans tous les cas, la mise en œuvre de la politique sanitaire reste avant tout une orientation définie au niveau national. Les compétences de la commune en matière de santé publique interviennent donc [192] en complément des actions régaliennes de l'État central. Aux termes de l'article 82 de la même loi du 15 janvier 1999 : *« La commune dispose de compétences qui lui sont propres en tant que collectivité territoriale décentralisée. Elle exerce en outre, sous le contrôle de l'autorité de tutelle, d'autres attributions qui relèvent des compétences de l'État. Elle concourt avec l'État et les autres collectivités à l'administration et à l'aménagement du territoire, au développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique ainsi*

qu'à la protection de l'environnement et à l'amélioration du cadre de vie » <sup>293</sup>.

Cette disposition légale définit les contours des compétences qui, en ces matières, échoient à la commune mais sans grande précision quand aux limites mêmes du partage des compétences entre l'État central et ses collectivités locales. C'est donc à juste titre que le maire de Banikoara, Sabai Katé <sup>294</sup> a pu considérer qu' « *En matière de santé publique, le maire a des compétences partagées avec le pouvoir central. Ainsi, la commune participe à la construction des dispensaires. Cette année (2009) j'ai recruté, dit-il, quatre (4) infirmiers d'État pour compenser le manque de personnel soignant à Banikoara. Par exemple, les habitants de Fonugo, arrondissement de Banikoara, m'ont fait savoir la semaine dernière, leurs besoins en équipements d'hospitalisation. Cet arrondissement (Fonugo) compte dix mille habitants avec seulement deux lits d'hospitalisation.* ».

À la question de savoir quelles sont les actions de la municipalité de Bassila dans le domaine de la santé publique, Aminou Bachabi <sup>295</sup> nous répondait ceci : « *Je pourrais citer comme actions dans ce sens, la construction dans des zones isolées de centres de santé qui pour le moment ne sont pas encore fonctionnels, faute d'animateurs, or l'État ne donne pas compétence aux communes pour recruter des agents de santé ; c'est tout un dilemme !* ».

Ces affirmations corroborent la nature non seulement cosmétique ou superficielle mais aussi floue des compétences de la commune en matière de santé. Quant à [193] Soulé Allagbé <sup>296</sup>, relativisant un peu : « *Toute la politique sanitaire sur le territoire communal relève de la compétence du maire en adéquation avec les orientations définies par l'État central. Ainsi, le médecin-chef du Centre Hospitalier Départemental (CHD) de Parakou est en relation avec le maire en ce qui*

<sup>293</sup> Bénin – assemblée nationale – Commission des lois (cadre légal de la décentralisation de l'administration territoriale) – 25/26 juin 1996.

<sup>294</sup> Sabai KATÉ, ministre de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche, maire de la commune de Banikoara – département de l'Alibori – entretiens du 07 juillet 2009 et du 09 juin 2011.

<sup>295</sup> Cf. entretien du 22 Mars 2009 – Aminou BACHABI, Commune de Bassila – Département de la Donga.

<sup>296</sup> Cf. entretien du 16 Avril 2009 – Soulé ALLAGBÉ, maire de Parakou – Département du Borgou.

*concerne la mise en œuvre de la politique sanitaire dans la municipalité de Parakou. ».*

Toutefois, l'action des municipalités ou communes est particulièrement développée en ce qui concerne les travaux d'assainissement, l'approvisionnement en eau potable, et l'organisation régulière des opérations de salubrité publique. Ces secteurs de l'action publique locale pour la santé collective connaissent un accroissement et un progrès remarquable dans les grandes agglomérations urbaines. Ainsi par exemple de Parakou, de Cotonou, de Porto-Novo et d'Abomey.

À la question de savoir si la décentralisation serait un frein au développement local dans les États d'Afrique de succession française, certains auteurs à l'instar de Jean Du Bois de Gaudusson <sup>297</sup> sont tentés de répondre par l'affirmative en excipant de la quasi inexistence des ressources économiques et financières dans certaines collectivités locales. Une situation qui se trouve d'autant aggravée au Bénin par l'absence de transfert des ressources financières de l'État central vers les collectivités territoriales. Dans la même perspective, les réponses formulées par quelques-uns de nos enquêtés <sup>298</sup> sont sans équivoque. Ainsi, pour Brice Adjerran, acteur de la société civile, ONG/BETHESDA/DCAM à Parakou : « *D'un côté, je considère que la décentralisation n'est pas un frein pour le développement des collectivités locales car les autorités locales élues arrivent à développer une approche partenariale non seulement avec les autres communes mais aussi avec d'autres partenaires comme les acteurs de la société civile et tant d'autres bailleurs de fonds. Mais d'un autre côté, c'est un frein au développement local, car les communes sont en quelque sorte [194] abandonnées à leur sort. L'État central ne met pas à leur disposition les ressources indispensables pour leur fonctionnement autonome. ».*

Quant à Innocent E. Badou, SG de la mairie d'Abomey : « *La décentralisation apporte beaucoup de solutions mais aussi quelques*

---

<sup>297</sup> **Jean Du Bois De GAUDUSSON**, *De nouvelles perspectives pour la décentralisation en Afrique ?* Developing Constitutional Orders in Sub-Saharan Africa, 1988.

<sup>298</sup> **Brice ADJERRAN**, acteur de la société civile, ONG/BETHESDA/DCAM à Parakou – entretien du 04 juin 2009 et **Innocent E. BADOU**, SG (Secrétaire Général) de la mairie d'Abomey – entretien du 07 juillet 2009.

*problèmes. Par exemple, le FADEC (Fonds d'Appui au Développement des Communes) qui est un outil de développement des communes, occasionne pourtant des désaccords et des mécontentements entre les communes à cause de la répartition des fonds qui n'est pas du tout équitable entre les communes. ».*

Par ailleurs, lorsqu'on descend à un niveau plus bas au sein des communautés locales afin de mieux cerner leur perception du contexte actuel de la décentralisation, on constate un décalage entre les avancées mises en avant par les pouvoirs publics et la réalité comme peuvent en attester certains communaux interrogés. Ainsi, l'un des premiers d'entre eux, Faustin Ézin Dossou <sup>299</sup> chef de quartier dans le 1<sup>er</sup> arrondissement de Parakou, se confiait en ces termes : « *Depuis un an qu'on est élu, vraiment rien n'a changé. Les autorités municipales sont sourdes à nos doléances. Nous avons demandé pour le quartier, des centres de santé, une maternité, un terrain de foot, un centre sportif et culturel mais rien n'est fait. En plus, les voies internes de circulation sont délabrées, les voies pavées manquent d'éclairage ; vraiment pour moi, je ne peux pas encore apprécier les apports de la décentralisation puisque rien n'est encore fait* ».

Le développement local tant lauré par la réforme territoriale serait-il donc une réalité pour les uns – les promoteurs de cette réforme décentralisatrice – et toute une science fiction pour les autres – le bas-peuple, les collectivités humaines des villages et quartiers de villes ?

Enfin, il apparaît, en effet, que la décentralisation, tout comme la démocratie fait naître de nouveaux problèmes qui appellent de nouvelles approches ainsi que des mentalités nouvelles.

---

<sup>299</sup> **Faustin Ézin DOSSOU** : (chef du quartier Albarika dans le 1<sup>er</sup> arrondissement de la commune de Parakou – entretien du 21 juin 2009)

[195]

***B\*) L'aventure ambiguë d'une action publique sectorielle dans les arènes territoriales***

[Retour au sommaire](#)

Il ne serait pas excessif de considérer que l'action publique dans les territoires décentralisés du Bénin à l'ère du Renouveau démocratique connaît une aventure ambiguë. Cette ambiguïté qui n'est rien d'autre que l'incertitude générale inhérente à la mise en œuvre de l'action publique locale tient au fait même que le transfert des compétences propres aux communes reste encore très limité dans les faits. Un essai d'explication pour comprendre cette inadéquation aux principes établis par les lois de décentralisation pourrait résider dans l'analyse tant soit peu de l'allocation des ressources notamment budgétaires conférées par l'État aux communes en vertu des lois de décentralisation. En effet, dans bien des cas, l'État reste encore très réticent à transférer aux autorités décentralisées la gestion des ressources financières dont il craint des risques de malversations. En témoignent ainsi les affirmations suivantes du maire de Parakou Soulé Allagbé <sup>300</sup> qui souligne que : « *Le problème (...) est autour de la question de la compétence des maires (...). Avant la mise en œuvre de la décentralisation, les maires désignés par les pouvoirs publics n'avaient pas vraiment la compétence requise pour gérer d'importants deniers publics. L'État central craint donc de mettre à disposition de ces maires souvent sans aucun niveau d'instruction et sans formation, les fonds nécessaires pour assumer leur mission. Et depuis la mise en œuvre de la décentralisation, cette crainte de l'État central persiste toujours de sorte que les maires élus n'ont toujours pas reçu le plein transfert des ressources prévues par les lois de décentralisation.* ».

De surcroît – et c'est là tout le paradoxe de cette réforme territoriale <sup>301</sup> – certaines communes, du fait de leur situation géographique et

---

<sup>300</sup> Soulé ALLAGBÉ, maire de Parakou, cf. entretien du 16 avril 2009.

<sup>301</sup> Pour Jean Du Bois De GAUDUSSON : « *La difficulté est d'autant plus sérieuse que d'une part l'élargissement de la décentralisation conjugué à une libéralisation du jeu politique risque de multiplier les attentes et sollicitations*

démographique peu reluisante [196] souffrent en quelque sorte de leur autonomie face aux carences du pouvoir central. C'est ce qu'expliquait déjà Jean Du Bois De Gaudusson en rappelant à bon escient que l'autonomie locale recherchée et tant défendue dans les politiques publiques contemporaines, peut au demeurant avoir des inconvénients pour les collectivités territoriales elles-mêmes. La raison tient, s'en explique-t-il, à l'insuffisance des moyens financiers des collectivités locales. Une carence exponentielle des ressources financières dans les pays en développement à tel point que les niveaux infra-étatiques sont vite négligés ou laissés pour compte. En effet, dans la grande majorité des cas, le transfert limité des compétences reconnues par les textes de lois aux collectivités territoriales, s'accompagne difficilement d'un transfert même partiel des ressources budgétaires indispensables pour permettre aux communes instituées de remplir efficacement leur rôle de pourvoyeurs des services publics locaux. Cette situation est reconnue par Soulé Allagbé<sup>302</sup> qui soulignait fort justement au sujet de la teneur actuelle des nouvelles compétences du maire que : « *L'autonomie administrative et politique du maire reste toujours à renforcer car certaines compétences transférées par l'État central n'ont pas été suivies par le transfert des ressources. Par conséquent, vous avez beau avoir les compétences, mais sans les moyens financiers qui déterminent leur mise en œuvre, il n'est pas possible d'être efficace. C'est pourquoi l'État central doit encore faire plus pour renforcer sur le plan économique l'autonomie des maires.* ».

---

*de la part des populations dans des proportions considérables selon le schéma de « la démocratie inflationniste » (expression reprise de J.C. SCOTT) et que d'autre part sous la pression des nécessités économiques et extérieures, les collectivités locales peuvent se voir confier les services publics fondamentaux jusqu'ici assurés, au moins en théorie, par l'État (éducation, santé...). Dans de telles conditions la décentralisation n'est qu'un transfert d'obligations à la charge des collectivités locales d'exercer des missions que le pouvoir central ne peut assurer » et c'est en cela précise-t-il que la décentralisation peut contribuer à « alimenter une véritable « désadministration » du territoire. », in **Jean Du Bois De GAUDUSSON**, De nouvelles perspectives pour la décentralisation en Afrique ? op. cit., pp. 12-13*

<sup>302</sup> **Soulé ALLAGBÉ**, maire de Parakou, op. cit., entretien du 16 avril 2009

Dans la même optique, pour rendre opérationnelle cette réforme décentralisatrice, Aminou Bachabi <sup>303</sup>, responsable financier de la commune de Bassila nous fait constater qu'il reste encore : « *Un engagement supplémentaire du gouvernement central pour mettre à disposition des communes les ressources dont elles ont besoin pour leur bon fonctionnement.* ».

Plusieurs domaines sectoriels de l'action publique territoriale témoignent ainsi des défauts de consistance sur le terrain de cette politique de décentralisation : c'est le cas de la santé publique, laquelle – nous l'avions souligné – malgré la mise en œuvre de la décentralisation continue de dépendre sur tout le territoire de [197] l'action centralisée du ministère de la santé publique, souvent trop éloigné des réalités locales ; le cas aussi de l'éducation qui dépend toujours d'une politique de déconcentration. Cette situation est par ailleurs stigmatisée par Martin Assogba <sup>304</sup>, acteur engagé de la société civile qui remarque à bon escient que : « *Le transfert des compétences n'est pas effectif partout. En plus, la décentralisation ne s'est pas accompagnée de la déconcentration comme l'ont prévu les textes de lois, ce qui fait que les populations sont, de nos jours encore, obligées de se déplacer loin de chez elles vers les structures administratives adaptées pour accéder aux services publics.* ».

Théoriquement les communes devraient gérer – au moins pour ce qui concerne l'enseignement primaire et les structures de soins de santé des villages ou arrondissements – la construction des écoles et des dispensaires, mais en l'absence de ressources financières, ces transferts de compétence prévus par des textes de lois, relèvent encore de la science-fiction. C'est ce constat qui amène Casimir Adjitchè <sup>305</sup> de la municipalité de Cotonou à déplorer l'inconsistance même du processus actuel de décentralisation dont la vérifiabilité est plus proche des textes que du terrain. Il affirme notamment que : « *Principalement les ressources financières restent non transférées. D'ailleurs, l'État*

<sup>303</sup> Cf. entretien du 22 Mars 2009 – **Aminou BACHABI**, Commune de Bassila – Département de la Donga, op. cit.

<sup>304</sup> **Martin ASSOGBA**, président de l'ONG/ALCRER : Association de Lutte Contre le Racisme, l'Ethnocentrisme et le Régionalisme – Entretien du 08 juin 2009.

<sup>305</sup> In entretien du 21 mai 2009 avec **ADJITCHE K. Casimir**, responsable divisionnaire, Mairie de Cotonou.

*devrait prospecter au niveau de chaque commune pour identifier les besoins des populations avant de transférer les ressources financières, ce qui n'a pas été le cas. Pareil, pour la construction des écoles. C'est toujours l'État qui les a en charge alors que la loi délègue aux communes ces compétences. C'est le cas aussi de certains centres de santé de la commune. ».*

Le problème posé à travers ce constat est celui de l'articulation difficile entre les deux niveaux de déconcentration et de décentralisation. En effet, les autorités déconcentrées (ministres et préfets) ont encore du mal à se départir de certaines de leurs compétences au profit des maires et donc de certaines des ressources dont elles ont encore le contrôle. C'est dans cette perspective que Jean Du Bois De [198] Gaudusson<sup>306</sup> a certainement raison d'avertir à propos de l'organisation du gouvernement local, que : « *La difficulté à laquelle risquent de se heurter les collectivités dans l'avenir est d'éviter qu'à leur tour, celles-ci ne soient confrontées, et avant même d'avoir pleinement existé, aux maux qui sont à l'origine de la crise de l'État... ».*

Des disparités existent aussi entre les communes en raison des distinctions établies par les lois de décentralisation entre communes dites à statut particulier et communes de droit commun. Ces disparités s'expliquent d'une part par le fait que les communes de droit commun, plus nombreuses restent majoritairement dépendantes des ressources ou subventions allouées par l'État ce qui ne favorise pas leur autonomie réelle. D'autre part, le transfert des compétences pour une maîtrise locale de la fiscalité n'est opérationnel et quasi-exhaustif qu'au niveau des seules communes à statut particulier actuellement au nombre de trois : Cotonou, Porto-Novo et Parakou.

Par ailleurs, l'action publique locale est également à la merci de certains problèmes liés à l'organisation et à la structure interne des communes ou municipalités. D'abord, nous pouvons constater dans la plupart des communes une insuffisance des ressources humaines disponibles : en effet, les mairies doivent souvent faire face difficilement et parfois avec des subventions attendues de l'État, à la prise en charge des salaires du personnel administratif. Elles peinent aussi à réunir les fonds nécessaires pour assurer l'initiative et la conduite des ouvra-

---

<sup>306</sup> Jean Du Bois De GAUDUSSON, *De nouvelles perspectives pour la décentralisation en Afrique*, op. cit., p. 11

ges publics. Ensuite, se pose un problème de gouvernance et d'apprentissage des outils de management pour un leadership territorial efficient. En effet, les maires élus, sont pour la plupart, mal informés sur les outils didactiques de gestion territoriale en développant plus que tout, la dimension politique de leur charge. Il se pose donc ici un problème d'articulation équilibrée entre l'action politique et l'action publique. Or si l'action politique se suffit de la légitimité politique qui l'accompagne – la notabilité du maire en tant qu' élu du suffrage universel, et sa figure de chef davantage renforcée par l'adhésion de ces concitoyens à sa politique – l'action publique doit quant à elle requérir l'expertise des acteurs clés ainsi que [199] l'esprit d'entreprise du maire, ce qui n'est pas toujours le cas, en l'espèce. D'une part, pour répondre aux besoins impératifs d'expertise, le rôle de l'État et de ses structures décentralisées doit désormais s'analyser en termes d'interaction et non plus d'action (Le Galès, 1995). Pourtant, cette interdépendance des relations – État et société civile – doit parfois s'accommoder de la carence de la puissance publique dans cette mise en œuvre concertée des services d'intérêt général et de l'action publique locale. C'est le constat également fait par Martin Assogba<sup>307</sup> regrettant que l'État n'apporte pas toujours dans les territoires décentralisés du Bénin rural, sa pierre à l'édifice d'une action publique certes décentralisée mais véritablement disponible. D'autre part, l'esprit d'entreprise du maire est avant tout une affaire de capacité en termes de gestion territoriale. En effet, le maire doit faire preuve de ses capacités managériales dans la représentation<sup>308</sup> et la gestion des affaires publiques locales. Il doit promou-

---

<sup>307</sup> **Martin ASSOGBA** – de l'ONG ALCRER : Association de Lutte Contre le Racisme, l'Ethnocentrisme et le Régionalisme. Cf. entretien du 08 juin 2009.

<sup>308</sup> En tant qu' élu local, le maire assume, en effet, une mission de représentation de l'intérêt public de sa commune. Il est le représentant des intérêts collectifs de la collectivité territoriale. Nous entendons ici le terme de représentant des affaires publiques selon cette définition fournie par **Olivier NAY** : « *Le représentant est un agent mandaté pour assumer une fonction d'expression et de représentation (à la fois métonymique et théâtrale) des intérêts particuliers d'un groupe et/ou d'une organisation. Autrement dit, sur un plan général, le représentant est engagé dans un rôle de porte-parole par lequel il est tenu d'agir et de parler au nom du groupe (ou de l'organisation) qu'il est censé incarner, de faire voir et de faire valoir ses intérêts dans différents segments de l'espace social [...]. Le représentant assure une fonction de figuration, fonc-*

voir l'action publique locale mais aussi l'interaction avec la société civile et les partenaires sociaux. Il doit donc faire preuve de pragmatisme. C'est ainsi que, pour cerner sociologiquement la fonction du maire dans tous ses aspects, Christian Le Bart<sup>309</sup> propose de l'observer sous les traits d'un rôle comme s'il s'agit d'un acteur tenant sa place sur la scène publique, son rôle sur l'échiquier théâtral. Dans cette configuration presque scénique mais surtout sociologique, le rôle qui apparaît alors comme un invariant, est non seulement incarné par la personne du maire mais encore modulé par lui, car [200] toujours, pour souscrire aux analyses de Christian Le Bart, même la logique de reproduction du rôle est tributaire de changements et d'adaptations au fil des évolutions dans le temps. Ces changements et adaptations sont imposés par des circonstances environnementales telles que les ressources, les enjeux politiques, la pression sociale, autant d'éléments extérieurs au maire, mais avec lesquels il doit pouvoir s'accommoder pour organiser au mieux sa stratégie dans le sens d'une action publique locale performante. Mais pour y parvenir, le maire doit pouvoir également compter sur sa ressource politique et immatérielle à savoir sa légitimité. En effet, la légitimité tirée du suffrage universel est pour le maire, la ressource politique par excellence, une ressource politique que Christian Le Bart qualifie volontairement d'immatérielle, de relationnelle et d'indivisible [Le Bart, 2003].

- Immatérielle d'abord, en ce sens qu'à sa personne physique vient s'ajouter une valeur sacrée, matériellement consacrée par un ensemble de rituels et d'insignes symboliques : « *cérémonies de mariage, drapeau tricolore etc.* » [Le Bart, 2003].

---

*tion symbolique par laquelle il incarne le groupe qui l'a mandaté, symbolise son unité, exprime la solidarité qui relie l'ensemble des unités sociales et des individus qui le composent, et constitue en définitive, le lien imaginaire fondant l'existence même du groupe. Placé au cœur de processus d'interaction multiples, il assure ensuite une fonction de médiation par laquelle il est conduit à articuler et concilier sans cesse les attentes et les exigences diverses et contradictoires de différents groupes d'acteurs situés à l'intérieur et à l'extérieur du groupe qu'il représente.* ». In **Olivier NAY**, *La région, une institution : la représentation, le pouvoir et la règle dans l'espace régional*, L'Harmattan, 1997, p. 30

<sup>309</sup> **Christian LE BART**, *Les maires, sociologie d'un rôle*, Editions du septentrion, 2003.

- Relationnelle ensuite, pour la symbolique que représente aux yeux de tous, l'autorité notabiliaire tirée de sa fonction d' élu de la commune.
- Indivisible enfin, car cette légitimité politique du maire ne s'épuise guère à mesure qu'il s'en sert. Bien au contraire, elle est cumulable avec d'autres fonctions ou mandats politiques (intercommunal, régional, parlementaire, ministériel) autant que le maire en juge la nécessité non pas pour carriériser son mandat politique mais pour mieux affermir par-dessus tout, ses positions politiques, relationnelles et partant, conquérir une grande force d'écoute tentaculaire.

Par ailleurs, en empruntant à Durkheim le terme de « totem », Christian Le Bart <sup>310</sup> explique ici que la « *totémisation* », en raison de son ambivalence, est pour le maire, un excellent moyen de rassemblement de toutes les tendances politiques, de toutes les classes sociales, autour d'une même symbolique, le totem : en l'occurrence, une image, un édifice, un discours et autant de sujets de consensus local ou national. Il en va de même de la mairie et de son locataire, tous deux, [201] instances de neutralité à travers lesquelles, chaque citoyen affiche une part de son identité.

Somme toute, le rôle du maire s'apprécie dans sa capacité à décider et à agir, à rassembler et à incarner, autant de contraintes et de possibles que l'apprentissage et la vocation peuvent permettre de surmonter.

---

<sup>310</sup> Christian LE BART, Les maires, sociologie d'un rôle, op. cit.

### **C\*) La décentralisation : efficience et efficacité d'une action publique sectorielle**

[Retour au sommaire](#)

La recherche de l'efficacité ou de la performance peut conduire les pouvoirs publics dans un État démocratique à valoriser partout le développement local <sup>311</sup> dans tous ses aspects – éducation, santé – à travers des politiques territoriales sectorielles beaucoup plus efficaces que la centralisation excessive de l'action publique. Dans cette perspective, la décentralisation qui seule peut fonder l'assise d'un exécutif local autonome, apparaît aux yeux des acteurs politiques, comme une solution idoine pour atteindre ces objectifs d'efficience et d'efficacité. La décentralisation est en effet présentée comme un outil de l'action publique permettant l'accroissement de l'autonomie des collectivités territoriales en opérant en leur faveur, un transfert conséquent des compétences, pour une gestion autonome de leurs intérêts propres. Cette valorisation des arènes territoriales par le biais d'une politique de décentralisation conforte davantage l'idée de transparence démocratique, de proximité <sup>312</sup> aussi, en favorisant l'émergence d'un espace public [202] local propice aux jeux de la démocratie et des régula-

<sup>311</sup> « *Le développement local relève non seulement de l'économie et de l'aménagement du territoire local, mais également de la fourniture de services de base aux populations (eau, assainissement, traitement des déchets, transports publics, énergie, éducation et santé primaires, infrastructures culturelles...)* ». In « *La décentralisation en Afrique sub-saharienne : rappels historiques et contexte actuel* », voir le site internet de AITEC <http://aitec.reseau-ipam.org>, [en ligne, consulté le 26 août 2010]

<sup>312</sup> L'objectif de proximité est l'un des arguments défendus dans les politiques publiques pour justifier la mise en place des réformes décentralisatrices comme solution nécessaire face au centralisme administratif de l'État. L'idéal démocratique vise dans ce cas à dénoncer la centralisation excessive du pouvoir d'État en favorisant l'émancipation et l'autonomisation des collectivités locales. **Philippe BRAUD** reconnaît pour sa part que : « *Dans la théorie démocratique, a toujours existé un fort courant considérant avec suspicion le pouvoir d'État. Soit qu'on lui reproche d'être trop fort et d'exercer un contrôle excessif sur les citoyens, soit qu'on lui fasse grief au contraire d'être trop lointain, donc d'ignorer les aspirations réelles de la population.* », in **Philippe BRAUD**, *La démocratie politique*, Paris, Editions du Seuil, 1997/2003, p. 93.

tions <sup>313</sup> entre les différents acteurs défendant des intérêts soit communs, soit divergents, mais sertis comme partie intégrante de l'intérêt général.

La politique de décentralisation telle qu'elle se poursuit encore aujourd'hui, bon an mal an, fut une préoccupation majeure de la Banque mondiale (BM) dans les années quatre-vingt-et-quatre, à la suite des Programmes d'Ajustement Structurel (PAS) afin de juguler l'inertie administrative de l'État africain postcolonial trop souvent malmené par la centralisation exacerbée du pouvoir politique, trop souvent turpuliné, délité, décati par le haut corrompu, insatiable, vorace de détournements et de gestion factice des deniers publics. Un État exsangue, en mal de vie, malgré sa mise sous perfusion des aides financières allouées par la Banque mondiale ; un État délétère et morbide qu'il a fallu réanimer vite, à coup de réformes territoriales pour tenter de répondre aux impératifs d'efficacité, de sécurité, d'urbanisation, de productivité et donc de développement à la base.

L'objectif d'efficacité est atteignable comme le souligne à bon es-cient, Annik Osmont <sup>314</sup> par : « *Un meilleur contrôle local* » sur « *La mise en œuvre des investissements publics et privés* ». Partant, les col-

---

<sup>313</sup> Sylvie JAGLIN, « Décentralisation et gouvernance de la diversité : Les services urbains en Afrique anglophone », in Laurent FOUCHARD, (dir.), *Gouverner les villes d'Afrique : État, gouvernement local et acteurs privés*, Ed. Karthala et CEAN, 2007, p. 21 : « *Mondialisation et décentralisation contribuent à déplacer les lieux de régulation des sociétés urbaines. Au demeurant fort variable selon les domaines étudiés, ces déplacements valorisent de nouveaux espaces urbains d'interaction, de négociation, de décisions où s'expriment des transformations de l'action publique locale. Tous ont en commun de mobiliser un nombre croissant d'acteurs divers dont la coordination suscite de nouveaux dispositifs de gouvernance. Beaucoup d'espoirs ont été placés dans ces derniers pour accroître l'efficacité (responsiveness), la responsabilité (des autorités organisatrices envers les citoyens usagers notamment) et la transparence des systèmes publics locaux (Cohen et Peterson 1997). En déléguant à des échelons infranationaux la tâche de définir les problèmes et intérêts collectifs, d'organiser la délibération et d'arbitrer entre impératifs antagoniques, notamment de justice et d'efficacité, la décentralisation doit faciliter la spatialisation de l'action publique et l'adoption de compromis en référence à un « bien commun local ».*

<sup>314</sup> Annik OSMONT, « L'État efficace selon la Banque Mondiale : Les villes de l'Ajustement Structurel », (dir.), GEMDEV, *Les avatars de l'État en Afrique*, Paris, Éd. Karthala, 1997, pp. 95-114.

lectivités locales sont intéressées au plus haut point par la réforme de décentralisation faisant d'elles les intermédiaires spécialisés entre l'État et les bailleurs de fonds internationaux. [203] L'accent est davantage mis sur la gestion locale impliquant, par contrecoup, la participation et la responsabilisation des acteurs locaux à tous les niveaux. Il s'ensuit que la décentralisation, sous couvert de la bonne gouvernance, va s'imposer au Bénin comme une parade nécessaire du clientélisme local longtemps instrumentalisé par le pouvoir central comme source de légitimité et de soutien populaire.

Toutefois, il est à remarquer que ces réformes de décentralisation impulsées par la Banque mondiale en 1984 à travers la réorganisation des villes, l'ajustement structurel au service de l'efficacité de la gestion urbaine et rurale, se sont beaucoup plus matérialisées sur le terrain par une politique de déconcentration que par une véritable décentralisation.

Mais de fait, comme : « *Façon de se gouverner et de gérer le développement* », la décentralisation, nous dit si bien Suzanne Robert <sup>315</sup> : « *Se réfère donc à la prise en charge des collectivités par et pour elles-mêmes.* ».

En effet, la politique de décentralisation est une politique publique mieux adaptée pour l'identification exacte des intérêts locaux, pour leur prise en charge efficiente à travers des objectifs de bonne gouvernance <sup>316</sup> faisant intervenir des acteurs clefs tels que les décideurs pu-

<sup>315</sup> **Suzanne ROBERT**, « Quelques réflexions sur la décentralisation et le développement démocratique en Guinée : le cas d'un projet pilote d'appui aux collectivités décentralisées », (dir.), **GEMDEV**, *Les avatars de l'État en Afrique*, op. cit., p. 162

<sup>316</sup> Ces objectifs de bonne gouvernance en Afrique subsaharienne prennent une connotation bien précise que tente d'expliquer **Guy HERMET** se posant justement la question suivante : « *Que signifie l'expression de bonne gouvernance dans cette nouvelle occurrence dénuée de rapport avec la gouvernance d'entreprise comme avec la gestion de la déconfiture budgétaire des municipalités de l'Europe de l'Ouest ? Appliquée à des pays peu avancés, voire en situation de détresse profonde, elle part du constat de leur mauvais gouvernement et de l'échec des politiques d'aide au développement suivies jusqu'alors pour prescrire une thérapeutique inédite : d'une part, la nécessité d'une bonne gestion publique faisant à la limite l'impasse sur des administrations et des classes politiques trop corrompues dans la perspective possible d'une privatisation des services collectifs, et, d'autre part, la libéralisation*

blics locaux en partenariat économique avec des personnes ressources de la société civile en fonction de leur compétence. C'est le sens même de la notion de gouvernance conceptualisée par plusieurs auteurs tels que Denis [204] Saint-Martin <sup>317</sup> dont les analyses sont une syn-

---

*complète des activités de production et d'échange débouchant sur une véritable économie de marché.* ». Cf. **Guy HERMET**, « La gouvernance serait-elle le nom de l'après-démocratie ? L'inlassable quête du pluralisme limité », in **Guy HERMET, Ali KAZANCIGIL et Jean-François PRUD'HOMME**, (dir.), *La gouvernance : Un concept et ses applications*, Editions KARTHALA, 2005, p. 29

<sup>317</sup> **Denis SAINT-MARTIN** reconnaît à juste titre que le recours à la notion de gouvernance s'impose aujourd'hui dans les politiques publiques pour les adapter au contexte de changement élargissant, pour ainsi dire, les cercles de participations politiques. C'est ce qu'il affirme en écrivant que : « *La gouvernance devient un terme de plus en plus couramment utilisé dans le monde politique et académique. Ce n'est pas un hasard si ce vocabulaire fait surface à ce moment précis de l'histoire. Pour reprendre les termes de Karl Polanyi, chaque période de « grande transformation » produit son lot de nouveaux concepts que les individus inventent pour décrire les changements qui surgissent dans les structures et les réalités sociales. On ne peut pas changer de paradigme sans mots pour exprimer sa nouveauté.* » [...]. *D'un côté, la discussion sur le capital social porte sur son déclin, sa disparition : sur la désertion de la sphère publique, l'apathie et le désenchantement croissants des citoyens face à la politique. De l'autre, la gouvernance se présente comme une partie de la solution au problème de l'érosion de la cohésion sociale. La mise en œuvre de la notion de gouvernance est censée contribuer à éviter le désintérêt des citoyens à l'égard de la chose publique en mettant l'accent sur la participation de la société civile aux prises de décisions et à améliorer l'efficacité de la gestion du secteur public par l'action en réseaux et en partenariat [...]. Dans sa tentative de construction d'une théorie de la gouvernance, **Gerry Stoker** formule cinq propositions mettant en lumière différentes dimensions entourant ce concept : - la gouvernance fait intervenir un ensemble d'institutions et d'acteurs qui n'appartiennent pas tous à la sphère gouvernementale ; - en situation de gouvernance, les frontières et les responsabilités sont moins nettes dans le domaine de la politique sociale et économique ; - la gouvernance traduit une interdépendance entre les pouvoirs des institutions associées à l'action collective ; - la gouvernance fait intervenir des réseaux d'acteurs autonomes ; - la gouvernance part du principe qu'il est possible d'agir sans s'en remettre au pouvoir ou à l'autorité de l'État. D'une façon ou d'une autre, chacune de ces cinq dimensions souligne la perte de la centralité de l'État dans le processus de développement et de mise en place des politiques publiques. Comme le souligne **Patrick Le Galès**, « On retrouve dans la gouvernance les idées de conduite, de pilotage, de direction, mais sans le*

thèse judicieuse des conceptions dominantes de la gouvernance dans la littérature de science politique. En substance, la notion de gouvernance, face à la décrépitude actuelle du capital social cher à Bourdieu <sup>318</sup>, est un concept caractéristique de : « *La perte de [205] centralité de l'État* » dans la mise en œuvre des politiques publiques au profit d'une pluralité d'acteurs interdépendants. Il s'ensuit que la décentralisation participe de cette politique de développement économique et urbain des collectivités locales en mettant en valeur la participation collective et la responsabilisation de tous dans la gestion des affaires de la communauté locale. C'est ce qui fait dire une fois de plus à Suzanne Robert <sup>319</sup> que : « *La finalité de la mise en œuvre d'un*

---

*primat accordé à l'État souverain. Poser la question de la gouvernance, revient à réexaminer les interrelations entre société civile, État, marché et les recompositions entre ces différentes sphères dont les frontières se brouillent* ». ». Cf. Denis SAINT-MARTIN, « La gouvernance comme conception de l'État de la « troisième voie » dans les pays anglo-saxons », in Guy HERMET, Ali KAZANCIGIL et Jean-François PRUD'HOMME, (dir.), *La gouvernance : Un concept et ses applications*, op. cit., pp. 86/87/88

<sup>318</sup> Si l'on peut emprunter à Pierre BOURDIEU la notion de « *champ* » en l'occurrence le champ politico-administratif pour caractériser le nouvel espace d'intervention de l'action publique suite à cette perte de centralité de l'État, alors, on constate que la sphère publique est désormais un espace de relations et d'interrelations. Ainsi, la notion de capital « *social, culturel, économique* » que Pierre BOURDIEU considère comme interdépendante à celle du champ, serait une clé d'entrée dans ce dernier. D'après Pierre BOURDIEU : « *Un champ peut, en termes analytiques, être défini comme un réseau, ou une configuration de relations objectives entre des positions. Ces positions sont définies objectivement dans leur existence et dans les déterminations qu'elles imposent à leurs occupants, agents ou institutions, par leur situation (situs) actuelle et potentielle dans la structure de la distribution des différentes espèces de pouvoir (ou de capital) dont la possession commande l'accès aux profits spécifiques qui sont en jeu dans le champ et, du même coup, par leurs relations objectives aux autres positions (domination, subordination, homologie, etc.)* ». Plus loin il affirme qu' « *Un capital ou une espèce de capital, c'est ce qui est efficient dans un champ déterminé, à la fois en tant qu'arme et en tant qu'enjeu de lutte, ce qui permet à son détenteur d'exercer un pouvoir, une influence, donc, d'exister dans un champ déterminé, au lieu d'être une simple quantité négligeable* ». in Pierre BOURDIEU avec Loïc J. D. WACQUANT, *Réponses pour une anthropologie réflexive*, Paris, Éditions du Seuil, 1992, pp. 72,73 et 74.

<sup>319</sup> Suzanne ROBERT, « Quelques réflexions sur la décentralisation et le développement démocratique en Guinée : le cas d'un projet pilote d'appui aux col-

*processus de décentralisation est de réussir le développement socio-économique dans des domaines qui souffrent trop souvent de l'inefficacité des administrations publiques et d'un pouvoir décisionnel trop centralisé. ».*

Dans cette optique, la décentralisation permet aussi de rendre les acteurs locaux comptables de leur propre gestion d'où l'impératif intériorisé, en principe, par tous les acteurs de parvenir ensemble à des résultats constatables et satisfaisants ; d'où aussi l'obligation de reddition de compte ; d'où enfin la recherche permanente de transparence.

En outre, comme le rend si bien compte Suzanne Robert <sup>320</sup> qui souscrit sans conteste à la vision prônée par la communauté internationale : « *Il y a des liens organiques et une synergie entre les droits de l'homme, la démocratie, la bonne gouvernance et le développement durable. ».*

La décentralisation à ce titre, permet alors de concilier plusieurs objectifs réalisables tels que le développement économique, politique et socio-sanitaire à travers un seul projet de réorganisation territoriale ou de gestion administrative des collectivités locales. Elle permet la circulation dynamique des informations entre le centre et la périphérie de sorte que, les populations mieux informées, apportent volontairement, sans réticence, leurs pierres à l'édifice communal ou régional.

[206]

Au total, la décentralisation, comme le fait remarquer à juste titre Albert Mabileau <sup>321</sup>, permet de conforter l'existence d'un gouverne-

---

lectivités décentralisées », (dir.), **GEMDEV**, *Les avatars de l'État en Afrique*, op. cit., ibidem.

<sup>320</sup> **Suzanne ROBERT**, « Quelques réflexions sur la décentralisation et le développement démocratique en Guinée : le cas d'un projet pilote d'appui aux collectivités décentralisées », (dir.), **GEMDEV**, *Les avatars de l'État en Afrique*, op. cit., ibidem.

<sup>321</sup> **Albert MABILEAU** considère en effet que : « *Le modèle de base du local a d'abord été établi à partir des institutions et plus largement des organisations. La référence théorique en est celle des « systèmes organisés complexes », empruntée à la sociologie des organisations et importée des États-Unis, qu'a familiarisée, dans la grande période de son exploration heuristique, le Centre de sociologie des organisations sous la forme du « système politico-administratif local ». L'aboutissement en a été, à la suite de la mise en œuvre de la décentralisation dans les années quatre-vingt, la reconnaissance*

ment local qui développe ses actions dans un ensemble systémique ou inter-organisationnel.

La décentralisation apparaît alors comme un moyen pertinent de sensibilisation des populations à la base pour la cause locale mais encore nationale grâce à leurs actions participatives dans la construction d'un nouveau modèle de l'appareil d'État : l'État de proximité, l'État de concertation avérée avec les citoyens à tous les échelons de la société, un État décentralisé, authentique avant tout avec une réelle proximité des différents services publics tels que le service public de la santé, de l'éducation ou encore de l'assainissement des milieux.

À travers cette étude, un constat domine pourtant nos observations empiriques des politiques publiques au Bénin en matière de décentralisation : l'absence récurrente dans l'ensemble des collectivités territoriales décentralisées des ressources pouvant permettre d'assurer leur fonctionnement autonome vis-à-vis de l'État central.

La situation actuelle des collectivités territoriales s'apparente à un véhicule terrestre à moteur privé de carburant. On voit partout les passagers de tous bords venir de leur grain de sel pour l'aider à démarrer, mais tant bien que mal. Telle est l'ambiance des participations politiques et des programmes de développement induits en tout point par cette réforme de décentralisation. Pour Suzanne Robert <sup>322</sup> : « *Le maintien d'une politique de décentralisation authentique et respectueuse des intérêts et besoins des collectivités locales doit être lié au [207] transfert significatif des pouvoirs, des moyens administratifs et financiers aux élus locaux.* ».

Cela suppose une autonomie financière de la collectivité locale décentralisée. Autrement dit, la collectivité territoriale doit disposer de ressources propres qu'elle doit pouvoir gérer dans la transparence dé-

---

du « gouvernement local » à l'exemple des pratiques anglo-saxonnes, d'ailleurs cristallisé sur la version plus politique de « pouvoir local ». ». Cf. **Albert MABILEAU**, « Les perspectives d'action publique autour d'un local reconsidéré », in **Richard BALME**, **Alain FAURE**, **Albert MABILEAU**, (dir.), *Les nouvelles politiques locales : Dynamiques de l'action publique*, Presses de Sciences PO, 1999, pp. 465/466.

<sup>322</sup> **Suzanne ROBERT**, « Quelques réflexions sur la décentralisation et le développement démocratique en Guinée : le cas d'un projet pilote d'appui aux collectivités décentralisées », (dir.), **GEMDEV**, *Les avatars de l'État en Afrique*, op. cit., p. 175.

mocratique, dans le respect de la légalité et dans l'intérêt exclusif de la communauté locale.

Nous avons recherché à comprendre auprès de nos enquêtés, s'il était possible aujourd'hui d'établir des conclusions validant une certaine idée d'opérationnalité et donc d'effectivité de cette réforme au bout de quelques années maintenant de sa mise en œuvre sur l'étendue du territoire. Les réactions provoquées, qu'il s'agisse des acteurs institutionnels ou des membres de la société civile, sont partout unanimes et mettent en avant une certaine idée d'apprentissage<sup>323</sup>. Si l'on reprend ici cette affirmation représentative de l'opinion dominante à l'instar de Casimir Adjitchè, responsable divisionnaire à la mairie de Cotonou : « *Depuis les élections de 2002 et 2003, on peut considérer que la décentralisation est désormais effective* », on constate en effet que l'effectivité de cette réforme décentralisatrice est souvent associée ici à la tenue des élections municipales. Pour Raïmou Bio Banga-

---

<sup>323</sup> C'est dans ce sens que le SG de la mairie d'Abomey – entretien du 07 juillet 2009 – nous avait répondu que : « *La décentralisation n'est pas encore une réussite bien établie. Mais c'est un processus en perfectionnement.* ». **Soulé ALLAGBÉ**, maire de Parakou – entretien du 16 avril 2009 – soutient la même vision d'apprentissage. Pour **Charles LOUGOUDOU** de l'ONG/BETHESDA – entretien du 04 juin 2009 – : « *On peut considérer que la décentralisation est opérationnelle aujourd'hui avec les élections communales et locales passées. Mais en réalité le transfert des compétences n'est pas effectif dans toutes les communes. En dehors des trois communes à statut particulier et les villes secondaires de Kandi, Bohicon, Abomey et Ouidah, toutes les autres peinent à se retrouver.* ». **Yves SOHOUN** de la même ONG/BETHESDA/DCAM – entretien du 04 juin 2009 – estime pour sa part que : « *D'un point de vue général, tout marche. Le maire élu préside le Conseil municipal. En tant qu'observateur et gestionnaire des dossiers relatifs à l'assainissement de la ville de Parakou et d'autres communes des autres départements, j'ai eu plusieurs fois à participer au conseil municipal. Quand on parle de décentralisation, il y a la dimension politique et la dimension développement. Il faut dire qu'au plan développement, il y a encore beaucoup de choses à faire. Le plan développement actuellement élaboré n'est pas du tout respecté.* ». **Brice ADJERRAN**, chargé des projets de micro finance de l'ONG/BETHESDA – entretien du 04 juin 2009 – nous confie à son tour que : « *La décentralisation a été plusieurs fois expérimentée par le Bénin. Cette fois-ci, tout semble aller au mieux. Mais la décentralisation ne se limite pas seulement au découpage territorial. Elle suppose aussi le transfert des ressources, ce qui n'est pas tout à fait le cas. En plus, les autorités locales ne maîtrisent pas tous les contours de la décentralisation.* ».

na <sup>324</sup>, le renouvellement récent des conseils communaux suffit à justifier que [208] la décentralisation a pris aujourd'hui forme et consistance au Bénin. Cette vision de la réalité de la décentralisation actuelle au Bénin qui pourtant ne rend pas assez compte de toute sa visibilité sur le terrain, est une idée récurrente dans le pays comme en témoignent les discours de nos enquêtés. La décentralisation amorcée en 2002/2003 serait donc effective au Bénin puisque les élections municipales voire cantonales ont eu lieu. Cette vision de la décentralisation qu'on pourrait ici qualifier de décentralisation « électorale » ne doit pas être privée de sens dans un pays comme le Bénin. En effet, la réforme actuelle de décentralisation s'inscrit dans une logique de continuité de l'État de droit que le Bénin s'est engagé à mettre en place en optant pour un régime démocratique : une démocratie pluraliste qui, pour reprendre Philippe Foillard <sup>325</sup>, reste avant tout une : « *Victoire du droit sur l'arbitraire* ». Or, force est de reconnaître que cette démocratie instaurée depuis la conférence nationale de 1990 correspond largement – même si des avancées notoires sont constatables en ce qui

---

<sup>324</sup> **Raïmou BIO BANGANA BAWA** : (Spécialiste en Gestion des Projets en Développement Local – Délégation à l'aménagement du territoire, chef département aménagement de l'environnement institutionnel (structure rattachée au MDGLAAT) – entretien du 17 mai 2009). Pour ce responsable en gestion des programmes de développement local : « *L'objectif qui alimente la décentralisation est le développement à la base. Si dans la pratique cela est effectif, on devait arriver à ce constat de développement local. Si vous constatez par vous-même, vous verrez que, nous n'en sommes pas tout à fait à ce niveau. Mais en termes de démocratie locale, on peut dire avec le renouvellement récent des conseils communaux que la décentralisation est bien effective. En revanche, le transfert des ressources aux collectivités locales se fait aujourd'hui par l'État à son rythme.* ».

<sup>325</sup> **Pour Philippe FOILLARD** : « La démocratie, du moins la démocratie pluraliste, telle qu'héritée de la philosophie des Lumières, c'est la victoire du droit sur l'arbitraire. Mais une victoire lente à se dessiner, souvent dans la douleur des peuples. La démocratie a besoin du temps pour s'affirmer, s'enraciner dans les esprits, dans les mœurs des gouvernants comme des gouvernés. D'ailleurs, en matière de libertés et de droits, rien n'est jamais définitivement acquis : la défense de la démocratie est un combat quotidien contre l'indifférence des citoyens et/ou les tentations du pouvoir de « grignoter » la souveraineté du peuple (la véritable démocratie est aujourd'hui un « luxe » que seules les nations industrielles et économiquement développées peuvent s'autoriser. ». In **Philippe FOILLARD**, *Droit constitutionnel et institutions politiques*, Orléans, Editions Paradigme, 2008, p. 37

concerne les droits de l'Homme et les libertés fondamentales – à une démocratie « électorale » dont la substance réside dans les alternances démocratiques<sup>326</sup> au pouvoir à des intervalles réguliers. La décentralisation actuelle épouse, par voie de conséquence, la même logique, du moins, dans l'imaginaire collectif des Béninois. Comment, en effet, ne pas parler de décentralisation effective, de gouvernement réel à la base – même si les [209] ressources ne sont disponibles qu'à compte-gouttes – lorsque les autorités locales sont bien issues des élections démocratiques tout comme les élus du peuple au niveau national ? Cette situation montre une fois de plus que certains concepts développés dans les pays occidentaux et transposés au contexte territorial et politique des pays africains comme dans l'exemple du Bénin, connaissent toujours des adaptations dont les variations prennent toujours en compte les spécificités culturelles locales : les imaginaires collectifs. Somme toute, l'État, la bonne gouvernance et la décentralisation sont des réalités occidentales dont l'État béninois comme tous les États de l'Afrique au Sud du Sahara, vont s'accommoder davantage à l'heure de la mondialisation, non plus par simple mimétisme institutionnel mais avec une réelle volonté de réorganisation sociale, territoriale au service de la performance et de la compétitivité sans forcément inhiber leurs particularismes sociaux, culturels et politiques.

Pour sa part, Suzanne Robert<sup>327</sup> considère que : « *La décentralisation véritable ne doit pas être vue comme une simple formule de gestion par laquelle des administrations locales et régionales prennent le relais de l'État central. Elle doit être davantage considérée comme un processus qui attribue à des collectivités de base le caractère d'entités politiques avec pouvoir de décision dans la gestion administrative locale. Ces nouvelles entités acquièrent ainsi dans leurs champs de*

---

<sup>326</sup> Denis-Constant MARTIN parle à ce propos d' « *alternance relativement paisible* » pour caractériser le changement démocratique opéré au Bénin. Voir Denis-Constant MARTIN, « Le multipartisme pour quoi faire ? Les limites du débat politique : Kenya, Ouganda, Tanzanie, Zimbabwe », in Daniel BOURMAUD et Patrick J. QUANTIN, (dir.), *Les chemins de la démocratie*, KARTHALA, op. cit., p. 21

<sup>327</sup> Suzanne ROBERT, « Quelques réflexions sur la décentralisation et le développement démocratique en Guinée : le cas d'un projet pilote d'appui aux collectivités décentralisées », (dir.), GEMDEV, *Les avatars de l'État en Afrique*, op. cit., p. 162.

*responsabilités une relative autonomie par rapport au gouvernement central* ».

Cela nous conduit à voir par l'entremise de la décentralisation, une technique juridique et politique d'organisation d'un véritable exécutif local avec un réel pouvoir de délibération. Cette organisation territoriale décentralisée permet de mettre en évidence les besoins de la collectivité locale, pour mieux les prendre en compte, pour bien les prendre en charge, tout en rendant possibles des plans d'actions aussi performants qu'efficaces pour le développement et l'urbanisation des différentes entités territoriales. C'est encore dans cette perspective que s'inscrit cette réflexion de Suzanne Robert <sup>328</sup> lorsqu'elle considère que : « *La [210] manière dont les sociétés se structurent, se gouvernent, prennent des décisions et répartissent ou partagent le pouvoir, façonne le contexte dans lequel le développement peut se faire* ».

Aussi, ces nouvelles réformes amorcées sous l'habillage des notions de bonne gouvernance, de décentralisation, de démocratie locale, sont-elles des correctifs fonctionnels au service d'un leadership local plus performant, renforçant ainsi les soubassements d'un État plutôt régulateur que prédateur.

Pour réussir l'aménagement du territoire national, pour dynamiser le développement économique, les pouvoirs publics s'accordent dorénavant à reconnaître aux arènes locales leur potentiel en matière de développement socio-économique. Outre sa réputation de cellule de base de l'expression du Renouveau démocratique au Bénin, le local <sup>329</sup> est désormais défendu comme un moteur inestimable de la

---

<sup>328</sup> **Suzanne ROBERT**, « Quelques réflexions sur la décentralisation et le développement démocratique en Guinée : le cas d'un projet pilote d'appui aux collectivités décentralisées », (dir.), **GEMDEV**, *Les avatars de l'État en Afrique*, op. cit., ibidem.

<sup>329</sup> Grâce à la réforme de décentralisation, les espaces du local ont recouvré toute la dimension de leur valeur et de leur intérêt dans la mise en œuvre des politiques publiques. C'est également l'idée défendue par **William GENIEYS** lorsqu'il écrit que : « *Le territoire du local s'impose comme le lieu où l'on peut observer comment, au concret, se redéfinissent les formes de l'action publique [...]. Le développement local devient un secteur propice à l'innovation. Les élus locaux qui en ont la responsabilité impliquent de plus en plus des experts locaux sur cette question.* ». Voir **William GENIEYS**, « Le développement local face à l'État : La genèse du Pays « Cathare » », in **Richard**

croissance économique. Il faut donc l'investir pour mettre en valeur ses ressources, ses potentialités en développant à travers la gouvernance locale, une véritable culture de rationalité économique dans la gestion concertée<sup>330</sup> des affaires publiques. En cette matière, nous pouvons relever un changement notable dans la vie des collectivités locales désormais actrices de leur propre développement. Ainsi par exemple des initiatives de nombreuses municipalités dont les responsables mobilisés lors de nos enquêtes ont assuré avoir réalisé de nombreux travaux de modernisation, d'alphabétisation, de salubrité publique et d'assainissement intégrant leur Plan de Développement Communal (PDC).

[211]

C'est dans cet environnement multisectoriel et multi-niveau de l'action publique que les programmes de santé publique parmi tant d'autres peuvent atteindre leurs objectifs d'efficience et d'efficacité.

---

**BALME, Alain FAURE, Albert MABILEAU**, (dir.), *Les nouvelles politiques locales : Dynamiques de l'action publique*, pp. 367 & 370 op. cit.

<sup>330</sup> Cette gestion concertée doit être le produit de la participation des populations à l'édifice du développement communal pour tenir compte un tant soit peu des résolutions de la « *Charte africaine de la participation populaire au développement et à la transformation* », telle qu'elle découle de la conférence internationale d'Arusha en République-Unie de Tanzanie (février 1990) qui recommande à cette fin, « *la décentralisation des processus et institutions de prise de décision.* ». Voir **Charles NACH MBACK**, *Démocratisation et décentralisation*, KARTHALA-PDM, op. cit., pp. 82-83

***D\*) Démocratisation et décentralisation :  
la construction d'un espace public et politique  
de médiation sociopolitique des intérêts collectifs  
entre le local, le national et le global***

[Retour au sommaire](#)

Avec la mondialisation, l'échelle du local apparaît dans les politiques publiques définies au Bénin comme le point nodal <sup>331</sup> du développement territorial : un espace public de concentration et de concertation des acteurs publics comme privés ; des opérateurs économiques et autres partenaires de la société civile, dorénavant émancipés <sup>332</sup> des

---

<sup>331</sup> Nous pensons ici à la suite de **MABILEAU** à une certaine surestimation du territoire du local, de plus en plus absorbé par les échelles du global, dans les politiques publiques territoriales. **MABILEAU** constate justement que : « *Le processus de globalisation des phénomènes sociaux, qu'on n'a discerné que dans une période récente au moins dans ses implications sur la société – sans doute en raison de sa capacité – y joue un rôle considérable. L'élément le plus visible en est la mondialisation des flux internationaux, aussi bien des capitaux que de la main-d'œuvre, qui dépasse la sphère économique pour atteindre les espaces politiques. Il en résulte une « surdétermination du local par le global », qui ne signifie d'ailleurs pas son homogénéisation et laisse subsister la différenciation des espaces et des territoires.* ». Voir **Albert MABILEAU**, « Les perspectives d'action publique autour d'un local reconsidéré », in **Richard BALME, Alain FAURE, Albert MABILEAU**, (dir.), *Les nouvelles politiques locales : Dynamiques de l'action publique*, Presses de Sciences PO, 1999 op. cit., p. 469.

<sup>332</sup> Tout en mettant l'accent sur l'interaction entre les acteurs collectifs, individuels voire interdépendants, dans son analyse des « réseaux d'action publique », **Patrick HASSENTEUFEL** met en évidence que : « *L'action publique n'est plus alors conçue comme un enchaînement linéaire de séquences mais comme le produit d'interactions multiples entre divers acteurs.* », cf. **Patrick HASSENTEUFEL**, « Do policy networks matter ? Lifting descriptif et analyse de l'État en interaction », in **Patrick Le GALES et Mark THATCHER**, (dir.), *Les réseaux de politique publique : débats autour des policy networks*, op. cit., p. 97. Autrement dit, l'élaboration tout comme la mise en œuvre de l'action publique n'est plus tributaire des seuls acteurs étatiques ou infra-étatiques, mais encore de tout un enchevêtrement d'opérateurs civils, économiques, publics et privés.

contraintes étatiques. Ainsi, Gérard Dussouy<sup>333</sup> remarque fort [212] justement que : « (...) *La mondialisation en complexifiant les relations [intra-étatiques] et internationales, s'est étendue à tous les domaines de la vie. À la suite de la prolifération des nouveaux acteurs et de l'intensification des liens transnationaux, de nombreux auteurs ont conclu au dépassement de l'État, à l'émergence tantôt d'une société civile globale, tantôt d'une société mondiale, deux notions aux connotations idéologiques différentes. L'une comme l'autre privilégient cependant les institutions intergouvernementales ou non-gouvernementales, ainsi que l'action politique en réseau. Mais si la mondialisation a une face claire, elle a aussi une face grise ou noire car le réseau est un moyen de créer de nouveaux pouvoirs, de développer des commerces illicites en contournant les États, des contre-puissances incontrôlables. Voire de les combattre au moyen du terrorisme transnational.* ».

Dans ce double contexte de décentralisation et mondialisation, le niveau local devient alors la cellule de base du développement économique du pays, un lieu d'échanges, de tensions sécuritaires mais aussi de régulation qui ne s'enferme plus dans les limites territoriales des collectivités locales. Ainsi, l'articulation entre les échelles du local et du global apparaît nécessaire afin d'assurer le passage effectif des collectivités territoriales dans le marché mondial<sup>334</sup> de la produc-

<sup>333</sup> **Gérard DUSSOUY**, « Pour une géopolitique systémique » pp. : 50-58 in **Michel BERGÈS**, (dir.), *Penser les relations internationales*, Paris, L'Harmattan, collection « Pouvoirs comparés », op. cit., pp. 56-57.

<sup>334</sup> Dans ce contexte, la remarque de **Maria Celia TORO** nous paraît tout à fait pertinente lorsqu'elle affirme que : « *Dans la littérature sur la gouvernance, l'État a perdu ou abandonné sa capacité de diriger l'économie et la société, et il lui faut se limiter exclusivement à guider leur cours : governance is about steering. Afin de conduire ce processus, les structures hiérarchiques présentent des inconvénients par rapport à d'autres formes d'organisation comme le marché, les réseaux d'information ou de communication, ou encore les communautés. Les organisations les moins centralisées et les moins autoritaires sont capables de négocier leurs intérêts avec bien plus de souplesse et d'efficacité que les autres, et elles offrent également des possibilités d'action transnationales sans précédent.* ». Voir **Maria Celia TORO**, « Gouvernance, réseaux trans-gouvernementaux et gestion de la globalisation », in **Guy HERMET** et alii (dir.), *La gouvernance : Un concept et ses applications*, Editions KARTHALA, op. cit., p. 184

tion des savoirs culturels <sup>335</sup> et des échanges économiques. Le concept de mondialisation [213] s'entend bien, dans un cadre définitoire pluridisciplinaire, tantôt comme « *uniformisation culturelle* », tantôt sous forme d'« *hybridité* » mais parfois aussi dans une perspective « *essentialiste* » selon l'obédience paradigmatique <sup>336</sup> de chaque courant doctrinal.

Plutôt uniformisation et hybridation, la mondialisation participerait ainsi, de plus en plus, de l'émergence d'un « citoyen cosmopolitique » : le citoyen total. Ce citoyen subsumé entièrement dans la globalisation contemporaine est alors perçu à la fois comme : « *citoyen de la cité et citoyen du monde* » (Nathalie Blanc-Noël).

<sup>335</sup> Dans la même optique, **Nathalie BLANC-NOËL** dresse pourtant le constat selon lequel : « *La mondialisation, phénomène complexe, est aussi un phénomène ambigu, à la fois porteur d'espoir et de menaces. En ce qui concerne l'espoir, on peut constater qu'elle rapproche les peuples, en produisant des phénomènes d'acculturation, qui modifient cultures et identités nationales. Dans le monde entier, des groupes de professionnels parlent le même langage technique, ont des comportements de travail identiques, un style de vie qui se rapproche, les mêmes rêves de consommation, de liberté, véhiculés par toutes sortes de médias... Au-delà de ces phénomènes sociologiques, on assiste à un consensus grandissant sur certains principes politiques fondamentaux tels que la démocratie pluraliste, les Droits de l'homme, la justice pénale internationale, consensus qui a permis d'accomplir bon nombre de progrès en matière de gouvernance mondiale depuis la fin des années quatre-vingts. Mais la mondialisation a aussi un visage plus menaçant. Elle rapproche et sépare à la fois.* ». Cf. **Nathalie BLANC-NOËL**, « Hégémonie et culture dans la mondialisation : trois paradigmes et une exception française. » pp. : 422-442 in **Michel BERGÈS**, (dir.), *Penser les relations internationales*, Paris, L'Harmattan, collection « Pouvoirs comparés », op. cit., p. 423. Le même constat est dressé par **John R. KIMBERLY** lorsqu'il affirme que : « *La mondialisation n'a pas que des effets positifs, et certains points demandent réflexion (...). Le marché mondial des talents – celui des médecins et surtout des infirmières – pose le problème de la fuite de ces talents des pays les moins riches vers les pays les plus riches, par exemple des Philippines vers les États-Unis. Il est sans doute intéressant pour les États-Unis de recruter de tels talents, mais alors quelle va devenir la situation aux Philippines ?* ». Cf. **John R. KIMBERLY**, « Mondialisation et marchés de santé : paradoxes, opportunités et défis » pp. 23-28, in **Jean-Noël BAIL**, (dir.), *Santé et mondialisation : quels impacts pour la France ?* Editions John Libbey Eurotext, 2008, p. 27

<sup>336</sup> **Nathalie BLANC-NOËL**, « Hégémonie et culture dans la mondialisation : trois paradigmes et une exception française. » pp. : 422-442, in **Michel BERGÈS**, (dir.), *Penser les relations internationales*, ibidem, p. 425

Cette recherche d'une meilleure articulation entre les niveaux du local et du global, passe également par la politique de décentralisation selon les conclusions<sup>337</sup> des décideurs publics à l'initiative de cette réforme décentralisatrice conduite au Bénin. Mais comment concilier ces deux niveaux de régulation de l'action publique alors partagée entre les impératifs de gouvernance locale et de gouvernance globale ? Dans ce contexte de planification du développement territorial, les pouvoirs publics vont plutôt mettre l'option sur le renforcement du partenariat économique avec les divers acteurs de la société civile. Il s'agit alors [214] d'un véritable renversement des lieux d'impulsion des politiques publiques territoriales, passant ainsi d'une régulation descendante ou verticale à une régulation ascendante voire horizontale<sup>338</sup>, en renforçant davantage les appels à la société civile. Ainsi, la réforme de décentralisation du Bénin, au-delà d'un simple aggiornamento pour répondre aux exigences de la modernité voulue par la glo-

---

<sup>337</sup> Ces conclusions dont nous reprenons ici un extrait, sont formulées dans le document n°2 de la **PONADEC** (Politique Nationale de Décentralisation et Déconcentration) dans sa version d'avril 2008 : « *La territorialisation des politiques publiques induit une attention particulière aux espaces transfrontaliers. Ces espaces sont à la fois des espaces à risque et à potentiel. En effet, ce sont souvent des zones d'échanges mais aussi des espaces d'où les conflits émergent. Ce sont aussi des zones privilégiées d'un possible dialogue avec les autres États sur le développement de territoires souvent fortement interdépendants sur le plan socioculturel et économique. La mise en œuvre d'une politique des frontières au Bénin est donc étroitement liée à la politique de décentralisation et de déconcentration, l'État devant rattraper des situations de sous-équipement chroniques dans les zones souvent sensibles. Les échanges commerciaux, parfois intenses mais souvent illicites impliquent de mettre en place des services pour accompagner les activités : contrôle douanier accru, mais aussi services en appui aux échanges (couverture téléphonique, réseau bancaire), afin d'intégrer ces activités dans la sphère formelle.* ».

<sup>338</sup> Aussi en reprenant à son compte les analyses développées dans les pays anglo saxons sur l'équivalence des termes de gouvernement et de gouvernance, **Patrick LE GALES** reconnaît-il sans ambages que : « *L'État reste un acteur important mais il s'est banalisé, il est devenu un acteur parmi d'autres ou plutôt les différents segments de l'État sont devenus des acteurs parmi d'autres dans les processus d'élaboration et de mise en place des politiques.* ». Voir **Patrick LE GALES**, « Les réseaux d'action publique entre outil passe-partout et théorie de moyenne portée », in **Patrick LE GALES** et **Mark THATCHER**, (dir.), *Les réseaux de politique publique : débats autour des policy networks*, op. cit., p. 19

balisation, est également un appel à la gouvernance locale dont les modalités de cogestion et de coopération constituent un modèle de politique publique censé plus efficace que la traditionnelle administration territoriale centralisée. Mais les objectifs poursuivis par les décideurs publics à l'initiative de cette réforme tendent également à découvrir de nouvelles dynamiques de coopération allant de l'intercommunalité à la coopération décentralisée <sup>339</sup>. D'abord en ce qui concerne la coopération intercommunale <sup>340</sup> qui élargit les cercles de compétences communales [215] – même si son champ d'action reste encore trop sectoriel – elle participe largement à affaiblir les contradictions ou oppositions des chefs traditionnels dont l'autorité monarchique interfère souvent avec l'exécutif mayoral. En effet, il

---

<sup>339</sup> La coopération décentralisée est un échange ou partenariat économique et culturel entre deux collectivités territoriales, que cette coopération se déroule dans la sous-région ouest-africaine, dans le continent africain ou à l'échelle de la planète sans pour autant nécessiter l'intermédiation de l'État central. Selon une définition empruntée au site Internet de l'ambassade de France au Bénin : « *La coopération décentralisée consiste en l'établissement d'un partenariat contractualisé entre une collectivité territoriale française et une autorité infra-étatique étrangère de droit public possédant une assise locale* ». En d'autres termes, pour reprendre la définition proposée par la **mairie d'Albi** sur sa page web : « *La coopération décentralisée est un engagement politique de collectivité territoriale à collectivité territoriale, à travers une convention qui s'inscrit dans la durée et qui implique les différents acteurs des territoires concernés.* ». Cet engagement international des collectivités locales trouve son fondement dans des motivations universelles de paix, de solidarité entre les peuples, à travers une mondialisation des valeurs citoyennes en sensibilisant les collectivités locales sur certains enjeux internationaux.

<sup>340</sup> À propos des coopérations intercommunales, le maire de Parakou **Soulé AL-LAGBÉ**, comme la plupart de nos enquêtés, affirme l'attachement de sa commune pour la défense collective des intérêts communautaires en répondant que : « *Tout seul on ne peut pas aller loin. Nous avons donc compris la nécessité d'une mise en commun de certaines de nos compétences. La municipalité de Parakou fait partir de l'ADECOB (Association pour le Développement des Communes du Borgou)* ». Le maire de la commune de Banikoara évoque la même situation dans son département en affirmant que : « *Les communes de l'Alibori se sont regroupées autour d'un projet intercommunal à travers une association dénommée : APIDA (Association pour la Promotion de l'Intercommunalité dans le Département de l'Alibori. C'est exactement comme dans le Borgou avec le projet ADECOB. Les communes de l'Alibori ont également mis en place un Programme de Développement Local (PDL)* ». Cf. Entretiens du 16 avril et 07 juillet 2009.

arrive souvent que certains projets portés par le maire dans sa collectivité territoriale rencontrent l'hostilité d'un chef traditionnel <sup>341</sup> au point de nécessiter l'arbitrage des autorités étatiques. Ainsi, en regroupant des communes limitrophes autour des intérêts communautaires, l'intercommunalité favorise l'intercompréhension et une meilleu-

<sup>341</sup> À titre d'exemple la situation critique opposant le roi Gbaguidi Tosso II au maire de la commune de Savalou dans le département du Zou, et relatée par le journal *Fraternité* sous la plume de **Léonce HOUNGBADJI** en date du 29 avril 2009 : « *Plus rien ne va désormais, écrit-il, entre la mairie de la commune de Savalou et le roi Gbaguidi Tosso II de la localité (...). Ils ne parlent plus le même langage, et ont tous du venin dans la bouche. A l'origine, une affaire domaniale. Le maire de la localité a pris un arrêté communal portant attribution du domaine qui abritait l'ancien centre artisanal de la localité (...) à la Bank Of Africa Bénin pour l'implantation de son agence. Ce qui n'est pas du goût du roi (...) qui fait feu de tout bois pour faire annuler cette décision. Le maire persiste et le roi conteste (...).* ». In : **Fraternité – Le journal** (presse écrite du 29/04/09). Ce phénomène de « collision » des autorités instituées avec l'ordre traditionnel n'est pas propre au Bénin mais diffus en Afrique noire ainsi que le relate **Charles NACH MBACK** : « *Les coïncidences et les chevauchements entre circonscription administrative, collectivité locale et collectivité traditionnelle sont autant d'occasions de collision entre pouvoirs moderne et traditionnel.* », in **Charles NACH MBACK**, *Démocratisation et décentralisation*, op. cit., p. 334. Néanmoins à la suite de **Thomas BIERSCHENK** et **Jean-Pierre Olivier de SARDAN** [in *Les pouvoirs au village : Le Bénin rural entre démocratisation et décentralisation*, Editions KARTHALA, op. cit., p. 21], il est à noter que dans le cas béninois la chefferie traditionnelle ne s'est pas toujours farouchement opposée aux instances étatiques ce qui – sauf cas exceptionnel – devrait contribuer à favoriser l'ancrage, dans les arènes locales, de la décentralisation. La ville d'Abomey – département du Zou – offre également un bel exemple de ce type de situation avec ses deux rois entre lesquels le dialogue est difficile. A en croire le secrétaire général de la mairie d'Abomey, **Innocent E. BADOU**, les autorités centrales et infraétatiques ont adopté une politique qui a plutôt mis l'option sur la diplomatie en favorisant la paix et l'unité communale. Pour reprendre ici ses propos, voici comment il expose la situation : « *Deux rois cohabitent à Abomey. Les deux sont reconnus par les autorités politiques pour prévenir toute dissension ou pomme de discorde entre eux et entre les collectivités humaines qu'ils représentent. Ils sont également associés à la prise de décision du conseil communal sans pour autant y siéger. Leur avis est sollicité et pris en compte par les autorités politiques ou communales ce qui permet aussi de concilier la tradition de la localité à nos ambitions de développement local.* », in entretien du 07 juillet 2009 avec **Innocent E. BADOU**, secrétaire général de la mairie d'Abomey.

re articulation entre les autorités instituées et les autorités traditionnelles. En outre, l'intercommunalité <sup>342</sup> est pensée comme un outil du développement [216] territorial élargissant l'offre des services de proximité aux populations concernées. Deux formes d'intercommunalité <sup>343</sup> sont en cours d'expérimentation à savoir une intercommunalité dite de gestion et l'autre de projet. Dans tous les cas, la pratique intercommunale est très peu généralisée et ne fédère que quelques grandes villes sur les 77 communes. Ensuite, grâce à la coopération décentralisée, la plupart des collectivités territoriales parviennent à mobiliser d'importantes ressources matérielles et didactiques ce qui explique la politique concurrentielle des communes de maintenir constamment un niveau d'attractivité pertinent de leur territoire à travers la valorisation de leur potentiel local. La coopération décentralisée est une sorte d'aubaine par laquelle les leaders politiques locaux apportent de surcroît la preuve de leur capacité en termes de

---

<sup>342</sup> Sur la mise en place des intercommunalités au Bénin, voir le document N°3 de la **PONADEC** selon lequel : « L'État met en place les outils nécessaires en matière d'accompagnement technique et financier tenant compte des besoins différenciés des communes et favorisant les intercommunalités. Les dynamiques intercommunales favorisent le développement coordonné des territoires et permettent des économies d'échelle pour la fourniture de services aux populations. Si l'articulation entre la commune et les acteurs dits « communautaires » est importante, par contre, elle doit se situer dans le respect du rôle de l'Institution Communale. Les approches sectorielles communautaires doivent évoluer pour partir d'une approche communale et définir les bonnes articulations et modes d'implication de la commune avec ces groupes « communautaires » notamment en termes de gestion des équipements et de participation à la prise en charge des coûts générés ainsi que dans la définition des stratégies de développement local. ».

<sup>343</sup> L'intercommunalité de gestion, selon le document n°3 de la **PONADEC** favorise une gestion en commun d'un ensemble d'activité ou de services publics dans le but de : « rendre possible la réalisation d'une infrastructure ou le fonctionnement d'un service qui excède par son ampleur ou par son coût les moyens dont dispose chacune des communes participantes. ». Quant à l'intercommunalité de projet, elle « sert à réaliser des projets de développement collectifs que les communes définissent ensemble. ». A la différence de l'intercommunalité de gestion marquée par une coopération plutôt souple et associative, l'intercommunalité de projet est basée sur une coopération plus approfondie ou intégrative même si la décision d'une telle coopération entre communes relevant d'un même espace territorial, procède de leur libre volonté.

leadership politique, de porte-parole efficaces de leur collectivité territoriale, d'entrepreneurs compétents et de fins négociateurs avec des entités territoriales sous-régionales et internationales. En témoigne, l'octroi de plus de cent quatre vingt mille euros (180.000 €) obtenu par la commune de Lokossa <sup>344</sup> en Mai 2009 à titre d'aide de la part de l'AIMF (Association Internationale des Maires Francophones) dont la présidence est alors assurée par Bertrand Delanoë, maire de Paris. Sur l'ensemble des autorités communales interviewées, presque toutes ont répondu avoir déjà ou en cours un projet de coopération décentralisée avec des villes d'Europe ou des États-Unis d'Amérique : ainsi à Parakou par exemple, le maire Soulé Allagbé précise que la municipalité de : « *Parakou est en coopération décentralisée avec la ville d'Orléans en France, ville avec laquelle Parakou entretient de nombreux échanges (...). Dans le cadre de cette coopération décentralisée, la ville d'Orléans [217] a soutenu la communauté urbaine de Parakou par la construction des salles de classe, des routes, la fourniture d'eau potable ; sont aussi organisés des échanges culturels, des festivals à visée de coopération culturelle entre les deux villes chaque année.* » <sup>345</sup>.

<sup>344</sup> Lokossa est une commune du Sud du Bénin dans le département du Mono. Sur les aides de coopération décentralisée dont a bénéficié cette collectivité territoriale, nous nous sommes inspiré des actualités dans la presse béninoise du 8 mai 2009.

<sup>345</sup> Cf. **Soulé ALLAGBÉ**, entretien du 16 avril 2009. Est aussi concluant dans le même sens l'avis du responsable financier de la commune de Bassila **Aminou BACHABI** affirmant que : « *La commune de Bassila est en partenariat avec la commune de Sulzbach Saar en Allemagne (...). D'abord la coopération a permis des visites d'échange entre les deux communes : arrivée à deux reprises des "Saarlandais" à Bassila, et voyage des autorités de Bassila à Saarland à deux reprises aussi. Ensuite, cette coopération nous a permis de bénéficier de quelques dons en matériels médicaux : des lits, mais aussi des livres et des jouets.* ». Dans cette même optique, **Casimir K. ADJITCHÈ**, responsable divisionnaire à la mairie de Cotonou souligne que la ville de Cotonou est en coopération décentralisée avec les villes de Créteil en France, Atlanta aux États-Unis, « *Par exemple, affirme-t-il, avec la ville de Créteil, nous avons reçu des camions d'enlèvement des ordures ; cette coopération nous a aussi permis de réaliser dans la commune, la construction des locaux associatifs pour les femmes et des écoles.* », in entretien du 21 mai 2009 avec **Casimir K. ADJITCHÈ**, chef Division de la statistique sociale, service de l'analyse éco-

Quant à Innocent E. Badou, secrétaire général de la mairie d'Abomey c'est : « *Grâce à la coopération décentralisée avec la ville d'Albi en France, [que] la population d'Abomey a pu mettre en place des brigades civiles pour veiller à la sécurité intérieure de la commune. La ville d'Albi apporte dans le cadre de cette coopération, son soutien à Abomey, pour l'encadrement, la formation de ces brigades civiles.* ».

Pour Sabäi Katé, maire de Banikoara : « *La commune de Banikoara est en coopération décentralisée avec la région Picardie en France. La Picardie nous apporte beaucoup son aide, reconnaît-il. Par exemple, elle a participé à la mise place à Banikoara des Agents de l'Aménagement du Territoire (ADT). Ces agents sont formés grâce à la coopération avec la Picardie qui leur apporte aussi une assistance logistique en équipements roulants : un véhicule et des motos* ».

Par ailleurs, l'assise de la démocratie ne peut se faire aujourd'hui sans l'observance des règles de bonne gouvernance. C'est d'ailleurs, sur la base de cet acquis démocratique que les nouveaux États en voie de démocratisation revendiquent parfois leur appartenance à la communauté internationale. Le regain d'intérêt pour les échelons du local au Bénin du Renouveau démocratique est une avancée supplémentaire dans le processus de démocratisation initié par le pays. Ainsi, contrairement à la période antérieure à la transition démocratique où seul le [218] parti unique faisait office d'intermédiaire entre l'État et les couches populaires, la décentralisation instaure une nouvelle ère de partition <sup>346</sup> des pouvoirs et des ressources entre l'État central, autrement

---

nomique, direction de la prospective et du développement municipal, mairie de Cotonou, op. cit.

<sup>346</sup> Cette nouvelle partition des compétences entre le centre et la périphérie bouleverse également leurs rapports non pas en déplaçant le centre des décisions politico-administratives mais en modifiant substantiellement la configuration habituelle des lieux de pouvoir et de décision politiques. Ainsi, à la suite de **Bernard JOUVE**, nous pouvons qualifier cette nouvelle organisation des rapports centre – périphérie de : « *modèle politico-administratif polycentrique* » ce qui permet de caractériser la perte de centralité de l'État comme pourvoyeur exclusif des services d'intérêt général. Aussi **Bernard JOUVE** soutient-il que : « *L'État central n'apparaît plus comme le seul garant de l'intérêt général, de même qu'il n'est plus la seule entité capable d'organiser la société.* ». Voir **Bernard JOUVE**, « Réseaux et communautés de politique

dit le niveau national et les collectivités locales. C'est donc un modèle de coopération politique entre les différentes composantes de la société comme le rappelle à juste titre Raymond Aron <sup>347</sup> selon lequel : « *Le mode d'exercice de l'autorité et le choix des gouvernants sont l'essence de la politique. La politique est la caractéristique majeure de la collectivité tout entière puisqu'elle est la condition de toute coopération entre les hommes.* ».

Ce partage des compétences entre le centre et la périphérie trouve son fondement dans le principe de subsidiarité <sup>348</sup> qui est avant tout une règle de démocratie. Partant, la justification même d'un exécutif local se trouve dans l'application textuelle des règles ou des principes d'une démocratie. Ainsi, dans le contexte béninois, la décentralisation sert également de moyen de vulgarisation et d'enracinement du Renouveau démocratique au sein des masses populaires <sup>349</sup>, d'un [219]

---

publique en action. », in **Patrick LE GALES** et **Mark THATCHER**, (dir.), *Les réseaux de politique publique*, op. cit., p. 129

<sup>347</sup> **Raymond ARON**, *Démocratie et totalitarisme*. Collection folio/Essais, op. cit., p. 27

<sup>348</sup> Ce principe de subsidiarité veut que l'État central n'intervienne dans la gestion communale que lorsque la commune ne suffit pas à elle seule à pourvoir à cette gestion. Pour reprendre une définition fournie par la coopération française citée par **Charles NACH MBACK**, op. cit., p. 400, le principe de subsidiarité signifie que : « *Chaque composante du bien commun doit être gérée par l'entité qui lui est la plus proche. Seul ce qui ne peut être bien géré à ce niveau doit être transféré au niveau supérieur.* ». Mais il n'en demeure pas moins que le sens même de ce principe de subsidiarité est sujet à controverse au sein de la doctrine comme tend à le rappeler **Charles NACH MBACK** souscrivant ainsi à l'idée de l'existence de deux courants principaux qui ont pris position dans cette controverse. Pour l'un, le principe de subsidiarité serait une : « *vision, un état d'esprit* » « *qui intervient comme un principe d'organisation politique globale assise sur un socle social et culturel* », tandis que l'autre postule que le propre du principe de subsidiarité serait d'organiser les règles de « *répartition des compétences* » au sein d'un réseau d'acteurs corrélés à l'intérieur d'une sphère organisationnelle de l'action publique.

<sup>349</sup> Comme le remarque si bien **Yves-A. FAURÉ** : « La viabilité et l'avenir de la démocratisation pluraliste sont, entre autres choses, liés aux échos qu'elle suscitera dans la population. Il paraît difficile d'envisager la solidité de la formule démocratique sans référence à un minimum d'adhésion de la société civile (...). ». Voir **Yves-A. FAURÉ**, « *Éléments d'analyse à propos de l'expérience récente de la Côte-d'Ivoire* », in **Daniel BOURMAUD** et **Patrick J. QUANTIN**, (dir.), *Les chemins de la démocratie*, KARTHALA, op. cit., p. 41

terroir à l'autre. En effet, malgré l'instauration en 1990 d'un régime démocratique <sup>350</sup> plus favorable aux libertés publiques, les populations, notamment dans les agglomérations rurales, ne se sentaient nullement concernées par les affaires de leur communauté. Ces affaires collectives ne représentaient pour elles, que des intérêts politiques méticuleusement défendus par ceux qu'elles considéraient alors comme des « politiciens aux arguments fallacieux », finalement peu soucieux de leurs conditions socio-économiques et sanitaires de plus en plus dégradées par la pauvreté. Ainsi, la démocratie fut très tôt perçue dans les conceptions populaires, comme un nouvel instrument de domination et d'accumulation des profits personnels sur le dos du peuple. Elle n'était donc que « l'affaire juteuse » des « autres, une poignée d'individus » c'est dire – les hommes politiques – préoccupés, pour ainsi dire autrement par leur « propre manducation », et qui ne quittaient leur rutilant décorum des agglomérations urbaines pour descendre dans les contrées rurales que pour quémander encore et toujours beaucoup plus de suffrages.

En revanche, depuis la mise en œuvre de la réforme de décentralisation, une étape nouvelle du Renouveau démocratique est franchie au Bénin, en ce qui concerne l'articulation synergique entre les échelles du local et du national. Cette synergie, en valorisant davantage l'action publique locale et son corollaire, la gouvernance territoria-

---

<sup>350</sup> Le régime démocratique instauré au Bénin depuis 1990 peut être rapproché aux régimes constitutionnels au sens où l'entend **Raymond ARON** in *Démocratie et totalitarisme*. Pour **ARON** qui reprend à son compte cette expression de **Ferrero** : « *Le régime constitutionnel est celui où, en dépit de tout, la barrière suprême est un fil de soie – le fil de soie de la légalité. Si le fil de soie de la légalité était rompu, inévitablement se profilerait à l'horizon le fil de l'épée.* ». In **Raymond ARON**, *Démocratie et totalitarisme*. Collection folio/Essais, op. cit., p. 230. En effet, les régimes constitutionnels sont par opposition aux régimes monopolistiques des régimes où le pouvoir politique est organisé d'après des règles constitutionnellement établies, en respectant le principe de la légalité tant dans la compétition politique que dans la distribution des fonctions administratives, judiciaires et législatives. Un régime constitutionnel est un régime politique où les libertés fondamentales sont garanties et observées. Ces régimes constitutionnels se caractérisent par l'absence de monopole autour de la compétition pour la conquête du pouvoir politique au profit d'une concurrence intelligible entre les diverses tendances partisans.

le <sup>351</sup>, dynamise en même temps les participations politiques et citoyennes. [220] Le niveau local est devenu un terroir de revendication ouverte des identités communautaires <sup>352</sup> voire politiques par rapport à la défense des intérêts propres à la collectivité territoriale. Dans ce nouveau contexte de spatialisation du Renouveau démocratique, les décideurs publics comme les responsables politiques identifient à travers les unités locales du territoire national des laboratoires prometteurs pour la promotion et le développement de la démocratie participative <sup>353</sup>. Dans tous les cas, le démembrement des compétences terri-

---

<sup>351</sup> On constate en effet que, les modes de gestion territoriale induits par la gouvernance, en atténuant le monopole public de l'État sur la maîtrise des intérêts collectifs, multiplient les occasions de participation de tous les membres de la communauté dans la gestion de leurs affaires. C'est également le constat fait par **Guy HERMET** lorsqu'il écrit que : « *La gouvernance apparaît en premier lieu comme un « mode de conduite » des affaires publiques, dans lequel le pouvoir perd sa puissance symbolique et la sacralité qui en dérivait (« les affaires publiques » ne sont plus que des affaires collectives, (...).* ». Voir **Guy HERMET**, « La gouvernance serait-elle le nom de l'après-démocratie ? L'inlassable quête du pluralisme limité ». In **Guy HERMET** et alii (dir.), *La gouvernance : Un concept et ses applications*, op. cit., p. 36

<sup>352</sup> Tout se passe comme si la localisation du Renouveau démocratique était le seul catalyseur attendu par les populations pour enfin se sentir concernées par la défense de leurs intérêts communautaires faisant ainsi du modèle démocratique instauré, une « véritable » démocratie à la base. C'est dans cette optique qu'il faut entendre les affirmations une fois de plus de **Guy HERMET** considérant que : « *Le modèle de la démocratie « pluraliste-identitaire-minoritaire » selon Marcel Gauchet cerne mieux l'un des domaines d'application de la gouvernance : celui qui concerne le passage d'une expression libérale individualiste de la citoyenneté et du sentiment national ou patriotique à la poussée « communautariste » d'identités collectives dépassant les individus mais démembrant les collectivités civiques. « L'important, pour les gouvernés, écrit Gauchet, est de se manifester, et l'important pour les gouvernants, est de manifester leur sollicitude à l'égard des particularités qui rappellent de la sorte leur existence et réclament leur prise en compte. »* ». In **Guy HERMET** et alii (dir.), *La gouvernance : Un concept et ses applications*, op. cit., p. 41

<sup>353</sup> Le socle de cette démocratie participative est la liberté telle qu'elle découle du Renouveau démocratique de 1990, et son cadre naturel est l'institution communale. C'est le sens du témoignage que lui rend **Alexis de TOCQUEVILLE** lorsqu'il reconnaît que : « *La commune est la seule association qui soit si bien dans la nature, que partout où il y a des hommes réunis, il se forme de soi-même une commune (...). C'est dans la commune que réside la force des peu-*

toriales entre le niveau national et les échelons du local, instaure entre eux, un principe d'égalité propice, à tous les égards, au développement économique de toutes les entités territoriales. De la sorte, les trois capitales – administrative et politique (Porto-Novo), économique (Cotonou) et historique (Abomey) – ne seraient plus les seuls pôles d'attraction ou de concentration des investissements économiques, autrement dit les seules terres d'élection pour la réalisation des plus grands projets urbains, politiques et sanitaires.

Partant, il est tout à fait possible de considérer que le processus de consolidation du Renouveau démocratique que la réforme de décentralisation poursuit au Bénin, [221] est à tout le moins enclenché. En effet, le Renouveau démocratique sera d'autant consolidé que l'approche territoriale, par la décentralisation, aura réussi l'affermissement du développement local, l'imprégnation des esprits par les règles de la bonne gouvernance, l'émergence économique et l'instauration d'une culture de la participation citoyenne. Or, nous avons souligné dans cette étude, les tergiversations de l'action publique dans les arènes territoriales du Bénin décentralisé. En effet, la décentralisation au Bénin est une réforme effectivement mise en œuvre mais matériellement incomplète. Les grands absents à ce rendez-vous de la localisation de l'action publique étant, parmi tant d'autres, les ressources financières sans lesquelles l'action publique perd de toute sa substance voire de ses moyens de subsistances. Aussi l'impact de cette réforme décentralisatrice sur le développement local attendu n'est que minoré, du moins en attendant <sup>354</sup>. Dans la même optique, la territorialisation des politiques publiques est défendue comme un excellent vecteur de normalisation du secteur informel au Bénin. Un secteur générateur de ressources économiques importantes mais souter-

---

*ples libres. Les institutions communales sont à la liberté ce que les écoles primaires sont à la science ; elles la mettent à la portée du peuple ; elles lui en font goûter l'usage paisible et l'habituent à s'en servir. Sans institutions communales, une nation peut se donner un gouvernement libre, mais elle n'a pas l'esprit de la liberté. ».* In **Alexis de TOCQUEVILLE**, *De la Démocratie en Amérique I*, (1835) Paris, GF Flammarion, 1981, pp. 122-123.

<sup>354</sup> Pour reprendre les propos du SG de la mairie d'Abomey, **Innocent E. BADOU** – entretien du 07 juillet 2009 – nous pourrions affirmer concernant l'ensemble des collectivités territoriales décentralisées du Bénin que : « *La décentralisation n'est pas encore une réussite bien établie. Mais c'est un processus perfectible.* ».

raines et qu'il suffit pourtant de contrôler pour l'intégrer dans le circuit formel de l'économie régulière. Toutes choses égales par ailleurs, les difficultés d'une amorce véritable du développement local expliquent la persistance du phénomène de l'économie informelle et l'échec actuel de sa normalisation.

En pareille occurrence, la refondation de l'État béninois par les processus de démocratisation et de décentralisation doit appeler quelques réserves. En effet, si la démocratisation qui intègre la transitologie, valide à tout point de vue un changement radical de régime politique au Bénin, la décentralisation qui renvoie à la consolidologie, végète encore dans une phase expérimentale <sup>355</sup>. Ce n'est donc qu'au bout de cette expérimentation <sup>356</sup> qu'il sera empiriquement possible d'établir [222] ou non, l'effectivité de la consolidation démocratique recherchée. A tout le moins, on peut considérer que la refondation de l'État escomptée avec la mise en œuvre de ces réformes de démocratisation et de décentralisation a réussi un certain redressement économique en impulsant sous les étendards de bonne gouvernance et de transparence démocratique, l'assainissement des comptes publics. Mais qu'on ne s'y trompe guère, la décentralisation, autant que la démocratisation, a certes favorisé une gestion concertée des charges publiques sans pour autant réussir véritablement l'éradication des prati-

---

<sup>355</sup> Aussi souscrivons-nous volontiers aux affirmations suivantes de **Vincent CHOUBIYI** : « La décentralisation tout comme la démocratisation sont des processus continuels dont l'expérimentation au Bénin n'est pas encore achevée. Il faut donc éviter présentement d'établir des conclusions un peu trop hâtives. ». Cf. entretien du 09/06/09 avec **Vincent CHOUBIYI**, secrétaire général de la mairie d'Abomey-Calavi.

<sup>356</sup> L'expérimentation effective de la réforme de décentralisation au Bénin date seulement des élections municipales de 2003. Il serait donc normal d'observer un temps raisonnable de maturation avant de conclure sur les effets attendus de démocratisation et de performance de l'action publique locale. C'est ce qu'expliquait **Jean-Pierre GAUDIN** lorsqu'il écrit à propos du cas français que : « *La décentralisation des compétences aux collectivités territoriales (engagée dans les années quatre-et-vingts) mettra quelque temps à produire les effets de démocratisation pourtant affichés d'emblée. En France, c'est finalement une loi de 2002, solennellement intitulée « démocratie de proximité », qui institutionnalise à l'échelle nationale la participation locale des habitants.* ». Voir **Jean-Pierre GAUDIN**, « Politiques publiques : dispositifs participatifs et démocratie », in **Olivier GIRAUD** et **Philippe WARIN**, (dir.), *Politiques publiques et démocratie*, Paris, Ed. La Découverte, 2008, p. 267

ques concussionnaires. En témoignent les nombreux scandales politico-financiers qui ne cessent de défrayer la chronique de nos jours encore. Néanmoins avec le regain de la participation politique et citoyenne constamment nourrie par les actions concertées des pouvoirs publics et des acteurs de la société civile, force est de reconnaître que la démocratie locale est en train de prendre un bel essor. Charles Lougoudou <sup>357</sup> de la société civile – ONG/BETHESDA/DCAM à Parakou – soutient pour sa part que : « *La décentralisation est le plein aboutissement de la démocratie. Elle favorise partout l'émergence de la démocratie locale.* ».

Mais d'aucuns trouvent, à l'instar d'Innocent E. Badou <sup>358</sup> de la mairie d'Abomey, que cette nouvelle expression démocratique est souvent portée à l'abus, notamment dans les mass medias : « *La démocratie locale, s'en explique-t-il, a tellement pris le pas à Abomey que la liberté d'expression connaît de plus en plus des abus avec la grogne de certains animateurs radios à la solde des hommes politiques tapis dans l'ombre pour dénigrer les pouvoirs publics locaux.* ».

[223]

Nous observons tout simplement, à la suite de Gautier Pirotte <sup>359</sup>, que le recours de l'État béninois à la société civile sous le modèle de la gouvernance, vise moins à limiter son interventionnisme qu'à le renforcer, le moderniser, le démocratiser en fédérant autour de lui tous les acteurs intéressés par la chose publique.

Enfin, sur la question de savoir si la réforme de décentralisation a des liens évidents avec le processus de démocratisation, les avis des personnes enquêtées sont unanimes : Ainsi, homme de vigie de la société civile dans le navire de la décentralisation afin que ce dernier ne chavire point, Martin Assogba de l'ONG/ALCRER très alerte et plein de verve, souligne notamment qu' : « *Aujourd'hui la décentralisation est en train de consolider la démocratie par la base. Et toute démo-*

<sup>357</sup> Entretien du 04 juin 2009

<sup>358</sup> **Innocent E. BADOU** est le SG de la mairie d'Abomey. Entretien du 07 juillet 2009

<sup>359</sup> **Gautier PIROTTE**, « Société civile importée et nouvelle gouvernance. Le nouveau secteur ONG au Bénin » pp. 27-45, in **Patrick QUANTIN**, (dir.), *Gouverner les sociétés africaines : Acteurs et institutions*, Paris, KARTHALA et CEAN, 2005

*cratie n'est possible et viable que s'il y a développement à la base. ».* Pour Casimir Adjitchè de la Mairie de Cotonou cela va de soi : « *La décentralisation fait partie du processus de démocratisation et donc c'est une étape supplémentaire de la démocratisation du pays. ».* Quant à Aminou Bachabi de la commune de Bassila : « *C'est une suite normale. Entre temps, tout était déconcentré comme si tout se passe à Cotonou. Aujourd'hui, avec la décentralisation, il est possible de décider sur place de certains projets. Mais encore, cela se passe comme si des mains extérieures nous y obligent ».* Enfin, très exubérant, le maire de Parakou, Soulé Allagbé répond, comme à ses habitudes, sans ambages : « *Incontestablement. On ne peut parler de décentralisation sans parler de démocratisation. En témoigne le processus de désignation des élus locaux. ».*

En toute hypothèse, si le Renouveau démocratique a favorisé l'émergence d'un droit à la liberté publique et individuelle au Bénin <sup>360</sup>, on peut aujourd'hui dire que la décentralisation favorise également la maturation progressive d'un droit à l'expression collective voire individuelle de la participation aux affaires publiques.

[224]

D'ailleurs, partout dans le pays on ne parle plus que de démocratie à la base, de développement à la base, de consolidation démocratique à telle enseigne que les participations citoyennes de plus en plus spontanées, de plus en plus croissantes, foisonnent et façonnent progressivement ce qu'on pourrait appeler ici l'émergence de « la culture d'une bonne gouvernance locale ».

---

<sup>360</sup> Dans une approche comparée entre le Bénin et le Mali sur la question du renforcement des protections de la femme et de ses droits par les réformes de démocratisation et décentralisation, **Susanna D. WING** soutient justement que : « *L'avènement de la démocratie a annoncé l'élargissement de la participation politique (...) – et que – Les programmes de décentralisation sont censés assurer la continuité de ce processus de participation aux activités de l'État. ».* Voir **Susanna D. WING**, « Pluralisme juridique et droits de la femme au Mali et au Bénin », in **Patrick QUANTIN**, (dir.), *Gouverner les sociétés africaines : Acteurs et institutions*, op. cit., p. 258

La métaphore politique et socio-anthropologique de l'État sorcier peut enfin être invoquée, avec Bernard Hours, au moment de conclure le premier chapitre de cette étude sur les méandres de la santé publique au Bénin et, par suite, les péripéties des parcours de soins, tantôt en direction de la biomédecine, tantôt orientés vers les médecines traditionnelles. La logique de complémentarité observée entre les deux types de médecine – traditionnelle et moderne – est avant tout, une logique de résignation telle qu'elle découle du déterminisme socio-sanitaire de l'État sorcier sur l'ensemble des individus. Mais encore, elle est une logique pragmatique de compensation – agie ou réfléchie –, adoptée par ces derniers pour limiter tant soit peu dans cette logique du vivant face au phénomène de la maladie et l'occurrence du malheur individuel ou collectif, la logique omniprésente de la fatalité dans l'État postcolonial. Ainsi, la logique de conflictualité entre les deux modèles de médecine qui coexistent dans l'État sorcier, est finalement une préoccupation sociopolitique mineure voire complètement hypostasiee. En effet, le registre de conflictualité n'est mis en avant que par les politiques et les officiels de la santé publique à travers la symbolique consensuelle des discours officiels sur la sécurité sanitaire. Il disparaît vite dans les intimes convictions de la personne retranchée derrière ses croyances personnelles, familiales, sociétales, sur les vertus sacrées des thérapies traditionnelles même non prouvées scientifiquement. Il réapparaît également et, sans ambages dans les revendications de reconnaissance statutaire de certains thérapeutes néo-traditionnels auprès des instances nationales et [225] internationales en charge de la santé publique. Mais dans l'État sorcier aussi, le débat de la conflictualité entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle n'a pas vraiment lieu d'être, pour les individus qui préfèrent alors recourir à toutes les thérapies possibles pour ainsi résoudre au mieux leurs problèmes de santé. Il faut reconnaître que la santé médico-technique de la plupart des institutions sanitaires tant publiques que privées, limitent notablement les possibles des populations au moment de suivre des thérapeutiques biomédicales. Aussi, à travers cette étude, l'inscription de la métaphore de l'État sorcier dans l'imaginaire socio-sanitaire du corps social, revient à questionner dans le vif l'action publique mise en œuvre pour l'organisation de la santé

publique au Bénin. Dans cette optique, le double processus de décentralisation – la décentralisation territoriale et la décentralisation du système des soins de santé – semble apporter progressivement une ébauche de réponse aux problèmes soulevés par les répercussions sociales et sanitaires de l'État sorcier. D'une part, l'organisation pyramidale du système sanitaire traduit une action publique de proximité des soins de santé favorable au développement des soins de santé primaires ; d'autre part, la spatialisation de l'action publique entraîne des techniques de gouvernance territoriale susceptibles de favoriser et de renforcer les programmes ou actions propices au développement de la santé communautaire.

[226]

**Première partie.**

La santé publique à travers le prisme  
d'une gouvernance politique de la santé

---

## Chapitre 2

---

### La santé publique, entre politiques publiques et résistances culturelles

[Retour à la table des matières](#)

Les politiques multisectorielles de sécurité sanitaire – face aux menaces des endémies infectieuses à l’instar du paludisme puis le danger omniprésent de la pandémie du VIH/sida – se confrontent néanmoins à certains acquis culturels et symboliques de l’individu dans la société traditionnelle béninoise. En effet, les nombreux programmes de prévention des grandes maladies infectieuses ou virales telles que le paludisme et le sida dévoilent, par leur échec à certains endroits, les difficultés des institutions politiques et sanitaires à modifier considérablement les perceptions voire les comportements à risques sanitaires de l’individu. Pourtant, le politique semble bien avoir conscience de l’ampleur du phénomène de la morbidité liée à la chronicité de ces infections en cristallisant davantage ses actions dans une politique de prévention au sens même d’un « prévenir vaut mieux que guérir ». Mais prévenir comment ? À cette école de la prévention qui polarise autant l’intervention des acteurs nationaux que transnationaux, la propagande sanitaire devient également un élément de la

communication politique de plus en plus investi par des entrepreneurs politiques. Les programmes de prévention qui découlent de leur action didactique ciblent souvent certaines catégories ou groupes de personnes telles que la mère analphabète et son enfant, les villageois, les paysans ou encore les adeptes de certains cultes réputés à risque pour leurs rites sacrificiels des immolations ou simplement en raison des pratiques ritualisées des scarifications symboliques voire thérapeutiques. Dans ce contexte, les programmes de prévention inspirés des préceptes de la modernité médico-sociale ne manquent pas souvent de provoquer auprès des populations cibles un choc culturel ajouté au sentiment quasi-général de faire de plus en plus les frais d'une stigmatisation sociale et permanente. Ainsi, le sentiment de subir, de force ou de gré, les injonctions de santé publique tendant à modifier certains modes de vie, c'est-à-dire l'action publique pour faire changer les mentalités jugées malsaines, transformer les conceptions populaires – ethniques ou linguistiques – de la vie, de la santé, la maladie et la mort, entraîne finalement une réaction par l'hostilité à ce qui est vécu ici trop souvent comme une politique d'endoctrinement socio-sanitaire.

[227]

## Section 1. La sécurité sanitaire, une évolution nouvelle du propagandisme politique à l'aune de la santé publique

[Retour à la table des matières](#)

Les enjeux de santé publique sont fortement corrélés aux enjeux de politiques publiques mises en œuvre par les acteurs politiques sous cette forme à la fois pragmatique de l'action publique et idéologique des propagandes sanitaires. Dans cette hypothèse, la santé publique sert d'argument de vente des politiques publiques alors fondées sur une certaine idéologie de la peur des maladies – la nosophobie sociale – et sur le droit légitime de chaque individu de vivre dans un système où règne la sécurité sanitaire. La menace des infections contagieuses intègre en effet la rhétorique propagandiste de l'action publique dans cet espace social du risque sanitaire collectif. Le paludisme et certaines maladies vénériennes comme le sida sont non seulement des problèmes sociaux assez chroniques en Afrique subsaharienne en général mais encore des problématiques sociopolitiques soulevées et mises en avant par les artisans des politiques publiques de santé à travers leur communication politique au Bénin en particulier. Par ailleurs, l'efficacité de ces programmes de santé publique de prévention voire de guérison semble souffrir d'une constatation supplémentaire qui ramène en tout point dans cette étude la question de la souveraineté sanitaire et politique de l'État postcolonial devant ce double enjeu de sécurité sanitaire et d'autonomie politique.

## Titre 1.

### Santé publique et communication politique

[Retour à la table des matières](#)

*« Bien qu'absente du processus, la communication sur le risque et sur les décisions de sécurité sanitaire constitue une nécessité omniprésente, mais difficile à mettre en œuvre. C'est une nécessité par la nature politique irréductible tant des problèmes que des réponses, qui se prolonge dans la nature démocratique du cadre dans lequel ils s'inscrivent. Mais c'est aussi une nécessité d'ordre gestionnaire, dans la mesure où elle concourt à favoriser l'acceptabilité sociale [228] des réponses et à diffuser une culture commune du risque, indispensables aux objectifs visés par la gestion des risques. En reprenant le constat de Slovic, *Danger is real, but risk is socially constructed* (« le danger est réel, mais le risque est socialement construit », on mesure que, si le risque est bien une construction sociale et intellectuelle impliquant certaines conventions et le choix de valeurs, l'action publique qui y répond ne peut rester, sans problème, une construction aléatoire, opaque et non partagée (...). Ainsi, communiquer, informer et expliquer représentent un triptyque sans lequel toute décision de sécurité sanitaire reste inaccessible à l'entendement des citoyens – qu'elle concerne au premier chef – et donc sans portée heuristique. Il n'y a ni apprentissage, ni capitalisation de connaissance partagée. Ce point, banalisé par le consensus sur la nécessité de combler ce déficit, reste irrésolu dans la plupart des pays démocratiques. ».* In Michel Setbon <sup>361</sup>, *Risques, sécurité sanitaire et processus de décision*, op. cit., p. 169

La santé publique saisie par l'action publique développe une politique de sensibilisation des populations à travers une communication profuse comme dans le cas du paludisme et sous la forme d'une communication politique beaucoup plus réservée dans le cas des maladies

---

<sup>361</sup> Michel SETBON, *Risques, sécurité sanitaire et processus de décision*, Collection Médecine des risques, Paris, Elsevier, 2004, op. cit., p. 169

vénéériennes à l'instar du sida. Le paludisme et le sida représentent des maladies transmissibles au cœur des préoccupations sociales et politiques dans ce pays. Les représentations et comportements sociaux à l'égard de l'un – le paludisme – font penser à une maladie acceptable faisant de l'individu atteint du paludisme une victime qui mérite toujours les considérations du cercle familial ou sociétal tandis que l'autre – le sida – est vu comme une maladie de la honte, du déshonneur familial, du dévoyé social, de sorte que le sujet porteur du VIH/sida ou manifestant ses épisodes morbides est perçu non comme une victime mais rejeté comme un coupable de dépravation sociale. Ce contexte des perceptions sociales de la maladie se déteint également sur les communications politiques et l'efficacité de l'action publique qui en découlent.

[229]

### **A\*) *L'action publique de lutte contre le paludisme***

[Retour à la table des matières](#)

Le paludisme est classé au premier rang des maladies transmissibles qui mobilisent les politiques publiques au Bénin. Ses principaux vecteurs <sup>362</sup> résident dans l'infestation par *Anopheles gambiae*, *Anopheles melas* et *Anopheles funestus*. La situation épidémiologique <sup>363</sup>

<sup>362</sup> « En Afrique subsaharienne, la transmission est essentiellement due à *Anopheles gambiae*, *Anopheles funestus*, et *Anopheles arabiensis*. Les anophèles sont d'excellents vecteurs ayant une grande longévité et une préférence trophique nette pour l'homme ; cela explique l'importance de la transmission du paludisme en Afrique subsaharienne. ». Voir **Dominique BAUDON**, « Les paludismes en Afrique subsaharienne », pp. 36-45 in **Marc-Eric GRUÉNAIS** et **Roland POURTIER**, (dir.), La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis, Afrique contemporaine, Numéro spécial, Trimestriel N° 195 Juillet-septembre 2000, op. cit., p. 38.

<sup>363</sup> « Le paludisme se situe au 1<sup>er</sup> rang des affections dont souffrent les communautés. En effet, il représente en 2005, 36% des causes de recours aux soins dans les formations sanitaires pour la population générale et 41 % chez les enfants de moins de cinq ans. Le taux d'incidence moyen du paludisme simple est de 108‰. Ce taux d'incidence est nettement plus élevé chez les enfants de moins de cinq ans : 491‰ pour les enfants de moins d'un an contre 197‰ pour ceux d'un à quatre ans. Le taux d'incidence du paludisme grave en 2005

du pays dans le cadre de cette endémie, année après année, est assez caractérisée par de fortes prévalences et incidences dans la population avec un taux de létalité plus élevé pour les enfants dont la tranche d'âge est comprise entre zéro et cinq ans (0-5). Des conditions socio-sanitaires peu performantes, un environnement physique souvent excavé par les eaux de ruissellement, un climat tropical chaud et humide ainsi que des comportements sociaux à risque sont autant de facteurs <sup>364</sup> conjugués qui favorisent dans ce pays le développement et la multiplication des différents vecteurs du paludisme. Cette situation explique avant tout l'importance du rôle croissant que prend désormais l'action publique dans la lutte collective à l'encontre d'une telle calamité publique. Les problèmes de santé publique inhérents aux attaques [230] pernicieuses et permanentes du paludisme ne concernent pas que les seules collectivités humaines localisées au Bénin. Toute l'Afrique subsaharienne <sup>365</sup> est touchée par cette endémie avec ses lots

---

*est de 15%. Il est également très élevé chez les enfants de moins de 5 ans : 84,0‰ pour les enfants de moins d'un an contre 42,0‰ pour les enfants d'un à quatre ans. La létalité moyenne du paludisme grave est de 12‰.* ». In **République du Bénin, Ministère de la santé, Direction nationale de la protection sanitaire, Programme national de lutte contre le paludisme**, « Plan stratégique de lutte contre le paludisme au Bénin 2006-2010 », révision décembre 2007, p. 23.

<sup>364</sup> **Yannick JAFFRÉ** souligne le même constat d'effets conjugués en observant à bon escient que : « *Les pathologies infectieuses résultent donc largement des formes de la coexistence des hommes et du dialogue que ceux-ci entretiennent avec un milieu qu'ils transforment progressivement. Le changement des écosystèmes, les modifications des rapports sociaux, et la crise des États construisent les contextes variables de l'émergence et de la diffusion de ces maladies.* ». Cf. **Yannick JAFFRÉ**, « Dynamiques et limites socio-anthropologiques des stratégies de prévention et de contrôle des risques infectieux dans les pays en voie de développement. », in : *La maîtrise des maladies infectieuses, un défi de santé publique, une gageure médico-scientifique*. Paris : Académie des sciences, Rapport sur la science et la technologie, n° 24, 2006, pp. 101-115. [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », op. cit., p. 7 [consulté le 29 décembre 2009]

<sup>365</sup> Tout comme le reconnaît **Jeanne-Marie AMAT-ROZE** à propos du paludisme en Afrique noire : « *Avec plus de 90% de la morbidité et de la mortalité qui lui seraient attribuables, l'Afrique subsaharienne est l'épicentre de ce problème de santé publique qui affecte surtout les enfants de moins de 5 ans, même si l'on relève de plus en plus de cas chez les adultes (...). L'Afrique tro-*

quotidiens de victimes à défaut de soins appropriés et d'informations didactiques nécessaires sur les comportements à adopter avant, pendant voire après la maladie.

Dans sa politique de prévention et de prise en charge du paludisme au Bénin, l'action publique s'est efforcée en partenariat avec la société civile, les médias et les organisations internationales <sup>366</sup>, de définir et de diffuser au sein des communautés un plan stratégique de prévention à travers un Programme national de lutte contre le paludisme

---

*pical est aussi la région où l'aire de distribution du parasite du paludisme le plus dangereux Plasmodium falciparum est la plus étendue, associée à des vecteurs particulièrement actifs.* ». Voir **Jeanne-Marie AMAT-ROZE**, « Santé et tropicalité en Afrique subsaharienne : un système multirisque » pp. 24-35, in **Marc-Eric GRUÉNAIS** et **Roland POURTIER**, (dir.), La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis, Afrique contemporaine, Numéro spécial, Trimestriel N° 195 Juillet-septembre 2000, op. cit., pp. 28 et 31. Le même constat pour l'Afrique toujours, fut dressé en ces termes par **Dominique BAUDON** : « *Le paludisme reste à l'aube de l'an 2000 la première endémie parasitaire mondiale. En Afrique subsaharienne, c'est le problème de santé publique le plus grave comme le montrent les données suivantes : la presque totalité de la population, environ 550 millions de personnes, vit en zone impaludée ; près de 75% de la population vit dans des zones de fortes endémies et 18% environ sont sous la menace d'épidémie de paludisme ; l'OMS estime qu'il s'y produit chaque année entre 270 et 480 millions de cas cliniques, et entre 1,5 et 2,7 millions de décès ; un enfant de moins de 5 ans sur vingt meurt chaque année d'une maladie liée au paludisme ; environ 5 à 40% des malades atteints de formes graves de paludisme décèdent.* ». Voir **Dominique BAUDON**, « Les paludismes en Afrique subsaharienne » pp. 36-45, in **Marc-Eric GRUÉNAIS** et **Roland POURTIER**, (dir.), La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis, Afrique contemporaine, Numéro spécial, Trimestriel N° 195 Juillet-septembre 2000, op. cit., p. 36.

<sup>366</sup> Au rang de ces acteurs internationaux, partenaires de la lutte antipaludique au Bénin se trouvent bien entendu l'OMS, le Fonds des Nations unies pour l'enfance (United Nations International Children's Emergency Fund, UNICEF), la Banque mondiale (BM), le Fonds mondial pour la lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (FMSTP), l'Agence américaine pour le développement international (United States Agency for International Development, USAID). Chacun en ce qui le concerne apporte un soutien matériel, logistique et organisationnel au Programme national de lutte contre le paludisme dans ce pays. Cf. **République du Bénin, Ministère de la santé, Direction nationale de la protection sanitaire, Programme national de lutte contre le paludisme**, « Plan stratégique de lutte contre le paludisme au Bénin 2006-2010 », op. cit.

(PNLP). Les objectifs du PNL<sup>367</sup> consistent à offrir [231] aux populations des zones sanitaires un cadre institutionnel favorable à une meilleure prise en charge des cas avérés de paludisme ; permettre également une sensibilisation continue des communautés sur le risque endémique de la maladie et sa prévention à travers une information large, une éducation régulière et une communication suivie ; assurer partout la vulgarisation promotionnelle et la distribution à prix coûtant des moustiquaires imprégnées d'insecticide dit à longue durée d'action ; enfin, rendre possibles la surveillance et la prise en charge prophylactique de la femme enceinte vivant en zone impaludée. La réalisation du PNL<sup>368</sup> est en elle-même la manifestation concrète d'une volonté politique <sup>368</sup> de l'action publique à répondre durablement aux

---

<sup>367</sup> Selon la Direction nationale de la protection sanitaire : « L'analyse du cadre institutionnel et organisationnel révèle que la lutte antipaludique a été marquée par la mise en oeuvre de nombreuses stratégies qui explicitent aujourd'hui la situation épidémiologique de la maladie. Ainsi, de 1986 à 1992, les interventions en matière de lutte contre le paludisme ont été exclusivement menées dans les formations sanitaires. C'est en 1991 qu'un avant-projet du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) a été élaboré. Cet avant-projet a été suivi de l'élaboration en 1992 d'un premier Plan quinquennal de lutte contre cette endémie couvrant la période de 1992 à 1996. Ce plan, à cause de son caractère vertical et centralisé et surtout du manque d'engagement financier au niveau national a connu peu de succès. Il a été intégré aux soins de santé primaires en 1992 et a connu une révision en 1994. Ce plan s'est illustré par la création de sites sentinelles de surveillance de la chimiosensibilité du plasmodium à la chloroquine et la création des centres d'imprégnation de moustiquaires en 1996 (...). La mission du Programme National de Lutte contre le Paludisme est d'assurer l'accès universel à la prévention et au traitement du paludisme afin de permettre la réduction des taux de mortalité et de morbidité liés à cette maladie au sein de la population. Le présent Plan Stratégique Faire Reculer le Paludisme 2006-2010 doit permettre au Programme de renforcer la capacité de réponse du pays aux besoins de la lutte contre le paludisme, d'assurer le leadership politique et technique, une large information et la coordination des actions des partenaires. ». In **République du Bénin, Ministère de la santé, Direction nationale de la protection sanitaire, Programme national de lutte contre le paludisme**, « Plan stratégique de lutte contre le paludisme au Bénin 2006-2010 », op. cit., pp. 26 et 36

<sup>368</sup> Cette volonté politique de l'action publique de lutte antipaludique au-delà du PNL<sup>367</sup> est également marquée par de nombreux autres engagements du pays comme nous pouvons le constater avec la Direction nationale de la protection sanitaire à travers l'adoption par le Bénin de l'Initiative « Faire reculer le paludisme » et la Déclaration d'Abuja relative à la maîtrise du paludisme en

problèmes récurrents de santé publique posés dans ce pays par cette maladie endémique : le paludisme. Le point [232] focal de cette stratégie de lutte antipaludique consiste dans la mise à disposition des communautés cibles établies en zones fortement impaludées des moustiquaires imprégnées d'insecticide. Cette stratégie de défense met par ailleurs en évidence les difficultés inhérentes à la lutte antivectorielle du paludisme en Afrique subsaharienne en général et au Bénin en particulier. De fait, la lutte antivectorielle du paludisme qui vise l'éradication complète des parasites à l'origine de la maladie, a fortement partie liée avec la tenue anthropique <sup>369</sup> des milieux naturels puis la gestion publique de l'espace physique et vital des individus. En effet, la lutte contre le développement des vecteurs du paludisme interpelle avant tout une action publique de développement et d'organisation de l'espace physique et vital des communautés rurales et urbaines. Dans ce contexte, les récentes politiques de spatialisation de l'action publique à travers la réforme territoriale de

---

Afrique : « En juillet 1998, le Dr Harlem GRO BRUNDTLAND, alors Directeur Général de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), a lancé un programme ambitieux pour les pays touchés par le paludisme au regard des conséquences qu'occasionne la maladie sur les plans économique et social. Il s'agit de l'Initiative « Faire Reculer le Paludisme », adoptée au Bénin en 1999. Les actions qui ont suivi ont porté sur une campagne d'information qui a permis de renforcer l'engagement national, confirmé par l'adoption de la déclaration dite d'Abuja pour le contrôle du paludisme par le Chef de l'État béninois au sommet des chefs d'État et de Gouvernement tenu à Abuja (Nigeria), en avril 2000 et récemment en mai 2006 (...). Au total, en s'engageant dans ce mouvement mondial et régional, le Bénin s'est fixé pour objectif de réduire de moitié la mortalité et la morbidité liées au paludisme d'ici à l'an 2010 en assurant l'accès universel aux traitements efficaces. Pour répondre aux exigences d'une telle vision, le PNLP se dote du présent Plan Stratégique Quinquennal pour « Faire Reculer le Paludisme » qui couvre la période de 2006 à 2010. ». In **République du Bénin, Ministère de la santé, Direction nationale de la protection sanitaire, Programme national de lutte contre le paludisme**, « Plan stratégique de lutte contre le paludisme au Bénin 2006-2010 », op. cit., ibidem et p. 30

<sup>369</sup> Pour **Pierre-Michel DELGAY**, la prévention efficace du paludisme ne peut se faire sans une culture partagée de l'entretien individuel puis collectif des milieux naturels et de l'espace public vital des populations rurales comme urbaines. Cf. **Pierre-Michel DELGAY**, Consul honoraire Régional (Aquitaine), Consulat de la République du Bénin à Bordeaux, France – Entretien du 28 janvier 2011.

l'administration publique du 15 janvier 1999 possèdent en elles-mêmes des potentiels non seulement de développement humain mais aussi de gestion de l'environnement physique et social. Ainsi, la mise en œuvre des objectifs fixés par le PNLN réside désormais dans la mise en application des politiques de décentralisation territoriale. Cette organisation spatiale <sup>370</sup> du PNLN se traduit par sa mise en cohérence avec la pyramide sanitaire, elle-même calquée sur les [233] différentes entités administratives territoriales définies par la réforme de décentralisation. Néanmoins, la lutte antivectorielle du paludisme est en l'occurrence une lutte essentiellement chimique à base d'insecticide voire de javellisation des nappes d'eau saumâtre et lagunaire. Cette lutte chimique antivectorielle du paludisme tout comme la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide vise à protéger les communautés exposées à ce risque endémique sans pour autant modifier l'environnement social et physique d'où émerge la menace de la maladie. Certes, la population est constamment sensibilisée à l'effort de maintenir sains les habitats et terrains à usage d'habitation afin

---

<sup>370</sup> Bien que le cadre institutionnel et gestionnaire du PNLN soit à l'origine une structure centralisée au niveau national, la tendance est de plus en plus marquée pour sa mise en cohérence avec les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Selon la Direction nationale de la protection sanitaire : « *Le PNLN ne dispose pas d'assez de compétences et d'une organisation structurelle suffisante pour mener à bien la lutte antipaludique à tous les niveaux et dans tous les domaines. Le renforcement des capacités de gestion, la décentralisation/intégration de la lutte contre le paludisme sont fondés sur la nécessité de mettre à la disposition des structures de lutte contre le paludisme, un cadre institutionnel plus approprié et des compétences adéquates à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. La contractualisation basée sur les résultats avec le niveau opérationnel, les ONG, les Institutions de recherche sera un atout dans la mise en œuvre efficace et efficiente des interventions. La coordination insuffisante de la lutte antipaludique et l'inexistence d'une instance de décision qui prend en compte les personnes ressources ayant des compétences diverses en la matière (parasitologues, sociologues, entomologistes, pédiatres, gynécologues, internistes, biologistes, communicateurs, etc.) ont été les faiblesses relevées dans le précédent Plan quinquennal. Le présent plan stratégique propose la mise en place d'un Comité technique pour orienter la prise de décision au niveau national et des cadres de concertation avec les acteurs et partenaires à tous les niveaux.* ». In **République du Bénin, Ministère de la santé, Direction nationale de la protection sanitaire, Programme national de lutte contre le paludisme**, « Plan stratégique de lutte contre le paludisme au Bénin 2006-2010 », op. cit., p. 51

d'éviter l'attraction dans les boues résiduelles des vecteurs porteurs de larves anophéliques pour leur éclosion saisonnière. Cependant, l'absence d'une politique hardie et claire de maîtrise totale de l'espace physique environnemental met à rude épreuve la satisfaction des objectifs du PNLP à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. En effet, l'organisation spatiale des entités territoriales correspondant aux zones sanitaires présente des déficits en termes de plan d'assainissement et d'occupation rationnelle des sols. De fait, l'action publique locale de l'urbanisme affaiblie notamment par l'absence des ressources indispensables pour son efficacité <sup>371</sup> interagit négativement sur l'action publique de lutte contre le paludisme. En l'absence de politique cohérente d'occupation des sols dans les aires urbaines comme rurales, les populations s'établissent souvent à l'envi sans réellement tenir compte des caractéristiques endogènes du milieu naturel – terrains hydromorphes et facilement inondables tel que dans le département du Littoral connu pour ses inondations légendaires – et sans respecter les espacements nécessaires entre les habitations, ce qui rend quasi impossible la réalisation des plans d'évacuation des eaux usées. Dans ce contexte, les appels de l'action publique locale pour inciter les populations à assainir, du mieux qu'elles peuvent leur milieu naturel et vital, restent finalement perlocutoires. Les flaques d'eau favorables au développement des vecteurs anophéliques autour des habitations sont entretenues par des excavations anthropiques voire consécutives au ruissellement des eaux de pluies. Les produits chimiques antivectoriels du paludisme déversés [234] dans les nappes d'eau sont alors à renouveler constamment pour atteindre tant soit peu à l'efficacité de cette lutte antivectorielle et antipaludique. Cette situation propre au statu quo dans la lutte antivectorielle du paludisme dénote en tout point que l'action publique de lutte antipaludique doit également, pour son efficacité, intégrer la variable spatiale dans sa stratégie de planification sociale de la prévention. Taoufik Bourgou <sup>372</sup> met également en exergue cette importance de la variable spatiale dans la gestion publique

---

<sup>371</sup> L'efficacité des politiques publiques de prévention du paludisme au Bénin pose le problème de la disponibilité des ressources. Cf. **Pierre-Michel DELGAY**, Consul honoraire Régional (Aquitaine), Consulat de la République du Bénin à Bordeaux, France – Entretien op. cit.

<sup>372</sup> **Taoufik BOURGOU**, *Politiques du risque*, Editions Perspectives Juridiques, op. cit., pp. 92 et 96.

des risques lorsqu'il souligne notamment que : « *L'ancrage spatial est une composante fondamentale de caractérisation du risque, l'espace urbain, dès son origine, a été saisi à travers son ambivalente nature, espace de sécurité par la proximité des autres. Proximité et friction par nécessité de l'échange social et marchand. L'espace urbain est un espace de dangers en raison des agissements ou de l'activité d'autrui, en raison des intrusions qui s'accompagnent parfois de maladies, de germes qui se répandent très rapidement. Les risques ne peuvent être saisis qu'à travers les catégories de l'espace que sont la fixité des points d'accidents, de risques, d'épidémies, d'endémie, d'insécurité ou à travers le tracé des voies, des cheminements routiniers, habituels des hommes et des produits, plus rarement par le biais des réseaux de transport de fluides (...). L'analyse d'une politique de gestion des risques se doit de s'intéresser à la transformation du rapport à l'espace, à la transformation des outils qui permettent de saisir l'espace (...). La sécurité ne peut s'acquérir que par une gestion optimale de l'espace.* ».

C'est aussi dans cette perspective sans doute d'efficacité ou de performance que la lutte contre le paludisme dans ce pays, exacerbe ses stratégies d'action et de sensibilisation, en prenant davantage en compte sa variable communicationnelle <sup>373</sup>. [235] Les communica-

---

<sup>373</sup> L'approche communicationnelle de la lutte antipaludique est défendue dans la mise en œuvre du PNLN lorsqu'il admet notamment que : « *Le plan intégré de communication pour le renforcement de la lutte contre le paludisme 2006 – 2010 est un outil de promotion des nouvelles approches de prévention et de prise en charge du paludisme, destiné à accompagner et soutenir les nouvelles orientations stratégiques de la lutte contre la maladie au Bénin. En tant que tel, il opte pour des stratégies et approches communicationnelles qui fondent l'approche écologique de la promotion de la santé. Il se base sur le diagnostic communautaire et les facteurs déterminant les comportements individuels et collectifs en tenant compte de deux critères essentiels : l'importance et la facilité du changement de comportement. Dans cette logique, le plan propose des actions de communication convergente capables d'induire au niveau des populations, un changement volontaire de comportement. Aussi, définit-il un cadre approprié pour une participation des communautés, un renforcement effectif des capacités d'interventions des groupes cibles, une collaboration intra et inter sectorielle et un partenariat efficace en vue d'atteindre les objectifs de l'initiative « faire reculer le paludisme ». Dans sa mise en œuvre à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, le plan intègre différents volets de la lutte antipaludique, différents secteurs de développement, différents acteurs et dif-*

tions de masse et la communication politique prennent en conséquence ici une grande place dans la mobilisation sociale de protection sanitaire et de prévention du risque lié à l'endémie du paludisme. D'abord, l'action mobilisatrice de la société civile – partenaires nationaux et internationaux des programmes de santé publique au Bénin – à travers des projets de financement et des campagnes de sensibilisation de l'opinion publique dans les mass media, entraîne une communication sociale diffuse et didactique avec le corps social tout entier. Dans ce contexte, la lutte contre le paludisme n'a pas seulement qu'un intérêt national de santé publique mais elle vise aussi un intérêt humanitaire de santé et de protection sanitaire des peuples en transcendant ainsi les frontières des États ou des continents <sup>374</sup>. Autrement dit, la lutte antipaludique développe dans tout le pays comme dans les régions du continent africain touchées par cette endémie, une action publique en réseau et en partenariat <sup>375</sup> avec des organisations non gouvernementales et internationales. En ciblant davantage les actions de protection, de prévention, de sensibilisation et de lutte antivectorielle dans les foyers à haute endémicité connus, les mobilisations nationa-

---

*férentes stratégies, ressources et activités.* ». In **République du Bénin, Ministère de la santé, Direction nationale de la protection sanitaire, Programme national de lutte contre le paludisme**, « Plan stratégique de lutte contre le paludisme au Bénin 2006-2010 », op. cit., p. 54.

<sup>374</sup> Tout en précisant que la catastrophe est une dimension de l'évolution du risque de l'incertitude à la certitude, **André DAUPHINÉ** constate fort justement que : « *Si quelques risques du vivant restent localisés, la plupart des catastrophes se répandent sur tous les continents* ». Cf. **André DAUPHINÉ**, *Risques et catastrophes. Observer – Spatialiser. Comprendre – Gérer*, Paris, Armand Colin/HER, 2001, op. cit., p. 105.

<sup>375</sup> La Direction nationale de la protection sanitaire souligne ici l'importance et l'accroissement de l'engagement des partenaires sociaux en rappelant que : « *Depuis 2003, la lutte contre le paludisme a enregistré l'implication d'une cinquantaine d'ONG nationales et d'une trentaine de radios locales qui interviennent dans l'encadrement des populations (promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticide et prise en charge des cas) sur l'ensemble du territoire national, notamment dans les zones à faible couverture, enclavées et d'accès difficile. L'impact de leurs actions s'évalue à travers l'accroissement des niveaux de couvertures en moustiquaires imprégnées d'insecticide et le niveau de connaissances des populations.* ». In **République du Bénin, Ministère de la santé, Direction nationale de la protection sanitaire, Programme national de lutte contre le paludisme**, « Plan stratégique de lutte contre le paludisme au Bénin 2006-2010 », op. cit., p. 31.

les et internationales contribuent ainsi à spatialiser, identifier et gérer le risque anophélique de façon à [236] maîtriser durablement la propagation, dans le reste du monde, de la maladie consubstantielle à la présence du parasite dont il est le principal vecteur. L'impact de l'action <sup>376</sup> mobilisatrice du PNLP et de ses différents partenaires sur les conséquences du paludisme est notamment visible avec l'évolution des comportements sociaux face à la maladie. En effet, les campagnes de sensibilisation sur les comportements à risque, l'usage systématique des moustiquaires imprégnées d'insecticide et l'accès aux soins médicaux, contribuent davantage à façonner une opinion publique mieux informée sur la maladie et ses manifestations. Dans son analyse judicieuse des réponses sanitaires pour prévenir efficacement les maladies infectieuses, Yannick Jaffré met plutôt l'accent sur la seule dynamique de la réponse sociale afin de dégager les dynamiques des comportements sociaux qui favorisent l'extrême contagiosité de certaines maladies endémo-épidémiques. Ainsi, pour Yannick fré <sup>377</sup> qui souligne ici l'importance de la variable sociologique dans l'analyse des comportements sociaux face au risque : « *Quel que soit le domaine considéré, si les effets morbides sont objectifs et épidémiologiques, les raisons des conduites à risque sont largement sociales. On ne pourra donc progresser significativement dans la prévention des pathologies infectieuses sans analyser les logiques comportementales des acteurs singuliers ou institutionnels concernés.* ».

---

<sup>376</sup> « *Les actions du PNLP, associées à celles des différents partenaires sont tangibles sur le terrain. En référence aux données de base collectées en 2001, on note une importante évolution du point de vue des connaissances et pratiques liées au paludisme au sein de la population. Ainsi, étant une maladie de comportement, le paludisme pourra être contrôlé grâce à l'intensification des activités à base communautaire et de mobilisation sociale.* » In **République du Bénin, Ministère de la santé, Direction nationale de la protection sanitaire, Programme national de lutte contre le paludisme**, « Plan stratégique de lutte contre le paludisme au Bénin 2006-2010 », op. cit., p. 32.

<sup>377</sup> **Yannick JAFFRÉ**, « Dynamiques et limites socio-anthropologiques des stratégies de prévention et de contrôle des risques infectieux dans les pays en voie de développement. », in : *La maîtrise des maladies infectieuses, un défi de santé publique, une gageure médico-scientifique*. Paris : Académie des sciences, Rapport sur la science et la technologie, n° 24, 2006, pp. 101-115. [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », op. cit., p. 10.

Cette analyse pragmatique de Yannick Jaffré peut tout à fait s'accommoder avec l'approche définitoire et sociologique du risque qui conduit Taoufik Bourgou <sup>378</sup> à considérer à juste titre que : « *Le risque est symptomatique d'un comportement ambivalent des groupes et des individus face au danger.* ».

[237]

Il est par conséquent hétéroclite car, en tant que « notion composite » d'après André Dauphiné <sup>379</sup> : « *Le risque est le produit d'un aléa et d'une vulnérabilité.* ». L'aléa est consubstantiel au risque en tant que notion probabilisable. Mais, la vulnérabilité s'entend de la capacité des sociétés à répondre à des situations de crises potentielles [A. Dauphiné, 2001].

Ensuite, avec l'engagement de plus en plus prégnant tant de la société civile que de la classe politique dans son ensemble pour ce front social de l'antipaludisme au Bénin, le paludisme et ses conséquences sociales investissent également le champ de la communication politique dans ce pays. En effet, la classe politique semble avoir compris à l'instar de la société civile que la lutte contre le paludisme est désormais pour le pays et le reste du continent, un enjeu politique et économique indéniable. Les discours politiques, sous l'étendard de la sécurité sanitaire, semblent ainsi avoir pris toute la mesure de l'importance de la prévention du paludisme et de sa prise en charge prophylactique au sein des communautés. Les sensibilisations politiques sur le risque paludique sont d'autant aisées que la menace <sup>380</sup> de la maladie concerne toute la société et toutes les tranches d'âge y sont inéluctablement exposées. Adultes comme enfants ont déjà connu au cours de leur existence dans ce pays un problème sanitaire dont le paludisme est conçu comme le responsable exclusif. L'ampleur de l'endémie et de ses ravages pernicieux dans la population expliquent

<sup>378</sup> Taoufik BOURGOU, *Politiques du risque*, Editions Perspectives Juridiques, op. cit., p. 28.

<sup>379</sup> André DAUPHINÉ, *Risques et catastrophes. Observer – Spatialiser. Comprendre – Gérer*, Paris, Armand Colin/HER, 2001, op. cit., p. 17.

<sup>380</sup> L'ampleur de cette endémie paludique et de sa menace constante faisait justement dire à Pierre-Michel DELGAY qu' : « *Au Bénin comme en Afrique noire en général, on meurt plus du paludisme que du sida.* ». Cf. Pierre-Michel DELGAY, Consul honoraire Régional (Aquitaine), Consulat de la République du Bénin à Bordeaux, France – Entretien op. cit.

sans doute le sentiment général qui prédomine dans l'opinion publique à lui attribuer une place de bouc émissaire chaque fois que le corps biologique est souffrant. Le discours politique<sup>381</sup> qui, en [238] l'espèce, est un discours du consensus social, trouve en conséquence à travers ce bouc émissaire commun, le moyen de fédérer l'opinion publique en défendant ainsi ses projets de société. En responsabilisant le paludisme de tous les maux de la société, le discours politique, à l'instar de l'opinion publique, finit en substance par redorer l'image du politique qui intervient et agit sur les problèmes sociaux par des mesures publiques salvatrices. Mais la substance de ces mesures salvatrices pour résorber les problèmes sanitaires et économiques dus aux conséquences du paludisme consiste généralement à rendre disponibles et accessibles à tous ou du moins aux plus vulnérables, des moustiquaires imprégnées d'insecticide, des médicaments et des centres de santé de proximité.

En tant que problème social indéniable, le paludisme requiert alors une attention politique qui façonne partout dans le pays un discours politique sur fond de promesses de sécurité sanitaire à dessein de contrôler les répercussions socio-économiques de ce fléau.

---

<sup>381</sup> **Jacques CHEVALLIER** estimait déjà que la variable de la communication est dorénavant un facteur de légitimité politique de plus en plus déterminant dans le champ de la compétition politique. En effet, avec l'exigence de plus en plus accrue de l'intervention du politique dans la gestion des affaires sociales, le discours politique ne se cantonne pas seulement à rassurer l'opinion publique par son action ; il y joue aussi sa crédibilité et sa légitimité. Ainsi pour **Jacques CHEVALLIER** : « *L'essor de la communication politique peut être considéré comme le signe tangible de la transformation du lien politique dans les sociétés contemporaines. Indissociable de la crise de la représentation, il montre que l'élection ne suffit plus à elle seule à fonder la légitimité des gouvernants : ceux-ci sont astreints désormais à un effort permanent d'explication en direction du public, destiné à convaincre du bien-fondé des actions menées ; la légitimité n'est plus acquise de plein droit, mais doit être sans cesse reconquise, par la recherche de l'adhésion des citoyens. Le développement de la communication politique exprimerait donc une transformation des modes de légitimation politique, par un approfondissement de la logique démocratique et la promotion d'une légitimité « procédurale » dépendant des modalités concrètes d'exercice du pouvoir.* ». In **Jacques CHEVALLIER**, *L'État post-moderne*, Paris, L.G.D.J, 2003, Collection droit et société Maison des sciences de l'Homme, p. 190

Enfin, pour certains acteurs de la société civile, le paludisme et la sécurité sanitaire représentent un enjeu économique dont l'accomplissement passe davantage par une communication politique défendant en toutes circonstances l'idée d'une autosuffisance sanitaire pour le Bénin comme pour le reste du continent. Dans cette entreprise d'autosuffisance sanitaire, les promoteurs d'une médecine africaine néo-traditionnelle à l'instar d'« Api-Bénin » multiplient dans le pays et dans la sous-région Ouest-africaine des propagandes pour la diffusion de leurs phytomédicaments aux vertus supposées antipyrétique et antipaludique connu sous l'appellation commerciale d'« Api-Palu <sup>382</sup> ».

Le paludisme sur fond de santé publique fait, dans l'espèce, objet d'une large communication politique par les tenants de la médecine néo-traditionnelle pour convaincre et fédérer l'opinion publique et la classe politique tout entière sur la [239] nécessité d'une réponse proactive aux problèmes sanitaires et économiques dont cette calamité publique est à l'origine.

Au total, l'action publique au service de la lutte antipaludique intervient à l'intérieur d'un espace social où l'environnement physique, les comportements sociaux à risque entretiennent une relation causale avec la morbidité croissante liée au paludisme ce qui explique le foisonnement et l'engouement des acteurs publics comme privés, nationaux ou transnationaux dans cet espace social de lutte antipaludique. Toutefois, la mobilisation sociale devant l'accroissement des phénomènes de morbidité endémo-épidémique qui frappent tant l'Afrique notamment dans sa partie subsaharienne, s'élargit également aux maladies vénériennes à l'instar des affections par l'infection à VIH/sida.

---

<sup>382</sup> Voir en annexe 1 le document n°1 (image-photo correspondant à ce médicament néo-traditionnel pour le traitement du paludisme).

## **B\*) L'action publique de prévention du VIH/sida**

[Retour à la table des matières](#)

La mobilisation sociale pour assurer la prévention et la prise en charge des infections et affections à VIH/sida au Bénin se caractérise par une action publique multisectorielle <sup>383</sup>. Celle-ci passe, en effet, par une surveillance épidémiologique accrue de certains sous-groupes dits à risques parmi la population tels que la mère séropositive enceinte et son enfant, la corporation des routiers, les toxicomanes ou consommateurs de substances psychotropes, les jeunes de 15 à 25 ans sans statut conjugal puis les femmes exerçant une activité de péripatéticienne et leurs [240] clientèles. La configuration épidémiologique <sup>384</sup> du pays fait état d'une stabilisation à faible prévalence <sup>385</sup> avec

---

<sup>383</sup> D'après le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS voir infra) : « *Le système de veille épidémique de l'infection mis en place au Bénin comporte plusieurs domaines. Il est basé sur la surveillance sentinelle auprès des femmes enceintes admise en consultation prénatale dans une cinquantaine de sites et qui se réalise tous les ans. Ce dernier est renforcé par des enquêtes ponctuelles et transversales à type d'enquête de surveillance de seconde génération auprès de groupes à haut risque (Travailleuses de Sexe (TS), clients de TS,) et des sous-populations spécifiques (adolescents et jeunes non mariés de 15 à 24 ans, malades tuberculeux co-infectés TB/VIH, les prisonniers, les routiers...) et à type de sondage auprès de certains groupes à haut risque comme les consommateurs de drogues injectables.* ». Cf. **Comité National de Lutte contre le Sida & ONUSIDA**, Rapport de situation nationale à l'intention de l'UNGASS Bénin 2010, op. cit., p. 19

<sup>384</sup> Le profil épidémiologique du Bénin relatif à l'épidémie du VIH/Sida est jugé stable par le CNLS selon lequel : « *Le Bénin est un pays à épidémie généralisée à faible prévalence. Le premier cas de sida a été enregistré en 1985. Le nombre de cas de sida cumulé en 2008 est de 11 541 cas. En 2006, grâce à la troisième édition de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS III) combinée alors au dépistage du VIH, la prévalence de l'infection par le VIH au sein de la population générale est estimée à 1,2 % avec une disparité régionale et une atteinte beaucoup plus importante des femmes : 1,5% contre 0,8% pour les hommes (...). Depuis 2002, la tendance est à la stabilisation justifiée par l'absence de différence entre les prévalences observées au cours des dernières années : 1,9% en 2002, 2,0% en 2003, 2,0% en 2004, 2,1% en 2005 et 2,0% en 2006, 1,8% en 2007, 1,7% en 2008 et 2,0% en 2009. Par contre, selon les données d'estimations issues du logiciel d'estimation SPEC-*

cependant une tendance nette ces dernières années à l'accroissement du taux des nouvelles incidences. En toute hypothèse, le risque épidémique est d'autant important au Bénin que l'infection évolue de manière galopante dans la plupart des pays de la sous-région Ouest-africaine et au-delà. Ce contexte épidémique alarmant pour l'Afrique fut déjà souligné par Jeanne-Marie Amat-Roze<sup>386</sup> lorsqu'elle rappelait le constat épidémiologique suivant : « (...) *En 1998, sur dix personnes ayant contracté l'infection par le VIH dans le monde, sept sont africaines.* ».

Tout comme la lutte contre le paludisme, l'action publique de prévention du VIH/Sida se matérialise alors sous forme de riposte graduée par la sensibilisation des classes populaires, la surveillance prophylactique des malades du sida, la distribution promotionnelle voire

---

*TRUM, les nouvelles infections commencent par s'accroître.* ». Cf. **Comité National de Lutte contre le Sida & ONUSIDA**, Rapport de situation national à l'intention de l'UNGASS Bénin 2010, op. cit., pp. 12 et 13.

<sup>385</sup> La multiplication depuis deux décennies des sites de surveillance épidémiologique à travers le territoire national a permis à l'action publique de prévention et de lutte contre le VIH/Sida d'établir des données statistiques sur la prévalence et l'évolution de l'infection dans le pays. Ainsi, selon le CNLS : « *Démarré en 1990 dans sept (7) sites sentinelles urbains, la surveillance sentinelle a permis d'apprécier le niveau de l'infection dans le pays. En 10 ans, la prévalence est passée de 0,3% en 1990 à 4,1% en 2001. Avec l'évaluation du système en 2002, le Bénin s'est inscrit dans un processus d'extension des sites tant en milieu urbain qu'en milieu rural. Ainsi, depuis 2002, la prévalence estimée dans les 50 sites, oscille autour de 2% montrant une stabilisation de l'épidémie (...). Au niveau des femmes enceintes, la prévalence pondérée de l'infection par le VIH est estimée en 2009 à 2,0% (...). Selon le milieu de résidence, la proportion de sujets infectés par le VIH est significativement plus élevée en milieu urbain 2,7% (...), qu'en milieu rural 1,5% ». La répartition des taux de prévalence par départements sont : Alibori : 1,0% ; Atacora : 2,6% ; Atlantique : 2,3% ; Borgou : 0,9% ; Collines : 1,5% ; Couffo : 4,3% ; Donga : 3,2% ; Littoral : 3,6% ; Mono : 2,2% ; Ouémé : 1,6% ; Plateau : 1,5% ; Zou : 1,4%. » Cf. **Comité National de Lutte contre le Sida & ONUSIDA**, Rapport de situation national à l'intention de l'UNGASS Bénin 2010, op. cit., pp. 19 et 20*

<sup>386</sup> **Jeanne-Marie AMAT-ROZE**, « Santé et tropicalité en Afrique subsaharienne : un système multirisque » pp. 24-35, in **Marc-Eric GRUÉNAIS** et **Roland POURTIER**, (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, Afrique contemporaine, Numéro spécial, Trimestriel N° 195 Juillet-septembre 2000, op. cit., p. 29.

à grand public des séries de préservatifs [241] masculins et l'administration hospitalière des antirétroviraux pour le traitement des séropositifs.

Le cadre institutionnel de la lutte contre le VIH/Sida au Bénin mobilise l'action en partenariat de plusieurs acteurs relevant autant du secteur public que privé. Au nombre des structures publiques chargées de la coordination nationale de la mobilisation sociale pour la prévention et la prise en charge des infections à VIH/Sida se distingue en tête le Comité national de lutte contre le sida (CNLS <sup>387</sup>). Il s'agit toutefois d'un organe politique et technique car censé être sous la supervision même du chef de l'État et dont les compétences légales consistent à définir les orientations des stratégies nationales de riposte contre le VIH/Sida et les Infections sexuellement transmissibles (IST). Ainsi, la création en 2002 du CNLS donne toute la mesure de l'engagement politique des pouvoirs publics à jouer leur partition dans cette mobilisation nationale et internationale contre le VIH/Sida. Les stratégies ou réponses nationales de lutte contre le VIH/Sida définies par le CNLS sont mises en œuvre par des organes-relais <sup>388</sup> tels qu'un organe exé-

---

<sup>387</sup> « *Le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) est l'institution nationale chargée de la coordination et de la promotion de la lutte multisectorielle contre le VIH/Sida/IST (Infections Sexuellement Transmissibles) au Bénin. Il est un organe de décision et d'orientation mis en place en 2002 conformément au décret n° 2002-273 du 18 Juin 2002 portant création, composition, attributions, organisation et fonctionnement du Comité National de Lutte contre le VIH/Sida/IST. Il est doté d'un organe de concertation et d'un Secrétariat Permanent National. Le CNLS est présidé par le Président de la République, Chef de l'État, Chef du Gouvernement et dispose de structures de relais sur toute l'étendue du territoire national. Il a pour attributions de définir les orientations générales de politiques et stratégies de lutte contre le Sida, d'approuver le programme d'activités de lutte contre les IST/VIH/Sida, de veiller à la multisectorialité des activités, au suivi et à l'évaluation du programme d'activités de lutte contre le VIH/Sida/IST et à la création d'un environnement juridique favorable au respect et à la protection des droits des personnes vivants avec le VIH.* ». Cf. **Comité National de Lutte contre le Sida & ONUSIDA**, Rapport de situation national à l'intention de l'UNGASS Bénin 2010, op. cit., p. 5.

<sup>388</sup> Le PNLs et les UFLS constituent les principaux organes-relais publics des actions de prévention puis de réponses thérapeutiques et sociales du CNLS. Ainsi : « *Le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) est (...) l'organe exécutif du Comité national de Lutte contre le VIH/Sida (CNLS) dans*

cutif dénommé [242] Programme national de lutte contre le sida (PNLS) <sup>389</sup> et des Unités focales de lutte contre le sida (UFLS) qui sont des structures spécialisées et décentralisées au sein des différentes institutions publiques et privées pour assurer la permanence tant de la prévention que de la riposte nationale contre le VIH/Sida et les autres IST. La prévention du VIH/Sida intègre également une approche dite de « Développement Humain Durable » (DHD) <sup>390</sup>, un concept défendu en 1994 par le PNUD. Le DHD qui prône l'accomplissement du développement de l'homme dans ses interactions humaines avec son

---

*le secteur de la santé. Il a pour mission de contribuer à la prévention de l'infection –, la prise en charge globale des personnes infectées par le VIH, la surveillance épidémiologique pour suivre les tendances évolutives de la maladie au sein de la population. Les principaux domaines de prestation de services impulsés par le PNLS sont le Conseil Dépistage Volontaire, la Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME), la Prévention et le traitement des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et le suivi des groupes à haut risque. La prévention et le traitement des infections opportunistes ; le traitement par les Antirétroviraux (ARV), l'appui nutritionnel aux personnes vivant avec le VIH, la surveillance épidémiologique et la recherche (...). Les Unités Focales de Lutte contre le Sida (UFLS) sont installées au niveau des structures publiques (institutions de la république, ministères, services publics) et des unités privées de production. ». Cf. **Comité National de Lutte contre le Sida & ONUSIDA**, Rapport de situation nationale à l'intention de l'UNGASS Bénin 2010, op. cit., ibidem*

<sup>389</sup> Selon le Rapport sur le Développement Humain au Bénin : « *Le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS), depuis sa création en 1987 s'efforce de mettre à la disposition des décideurs et des acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA, des informations fiables. Pour y parvenir, il procède à l'extension des sites de surveillance en milieux urbain et rural.* ». Cf. **République du Bénin** et **PNUD**, Rapport sur le Développement Humain au Bénin, VIH/SIDA et Développement Humain, 2005, p. 84.

<sup>390</sup> Le DHD repose sur un certain nombre de principes tels que le principe de : « *la primauté de l'éthique sur l'économique* » selon lequel : « *une dépense de santé doit être effectuée même si le malade ou le bénéficiaire n'est pas économiquement intéressant* » autant dire, une prise en charge systématique que le bénéficiaire ait ou non une force de production de travail ; ce qui pourrait consacrer le principe de « l'équité » qui assure l'égalité des individus devant l'accès aux conditions de leur épanouissement ; le principe de l'universalité du DHD qui suppose qu'aucun individu n'est exclu de son bénéfice ; et l'importance du rôle de garant de l'intérêt général de l'État. Cf. **République du Bénin** et **PNUD**, Rapport sur le Développement Humain au Bénin, VIH/SIDA et Développement Humain, op. cit., pp. xxv et 6.

milieu social s'entend comme : « *Une quête volontariste et soutenue de l'épanouissement des individus des générations présentes et futures.* ». Cette approche questionne les probabilités de l'influence ou d'une corrélation entre l'évolution voire la stabilisation de l'épidémie et le niveau élevé ou bas de certains indicateurs de développement humain dans les différentes localités du pays, tels que le taux d'urbanisation, le désenclavement par la proximité avec les grands axes routiers, le niveau d'instruction de la population, mais sans pour autant en déduire des conclusions définitives et trop hâtives. Il s'agit concrètement avec l'association VIH/Sida et DHD de modifier les perceptions sociales et institutionnelles sur la maladie en faisant plutôt d'elle une conséquence de la paupérisation dont la riposte préventive ne peut plus se contenter d'être purement épidémiologique et clinique mais aussi socioéconomique. En effet, certaines populations cibles des mesures préventives du VIH/sida par l'approche DHD <sup>391</sup>, [243] telles que les personnes qui s'adonnent au travail du sexe expliquent généralement leur résignation à cette activité par une situation personnelle ou familiale d'extrême pauvreté <sup>392</sup>.

De la même manière, cette mobilisation nationale contre la progression des IST et le VIH/Sida fédère l'énergie puis l'action en réseau et en partenariat <sup>393</sup> d'un grand nombre d'associations ou Orga-

<sup>391</sup> Toutefois, comme le rappelle le Rapport sur le Développement Humain au Bénin : « *L'approche DHD, bien qu'elle vise l'épanouissement de l'individu et l'éthique, n'est pas moralisatrice. Le fait de proposer aux professionnelles du sexe des activités génératrices de revenus ne signifie pas nécessairement qu'on veuille les amener à abandonner la prostitution. Ce qui est plutôt recherché (...) c'est que, grâce aux revenus procurés par les activités génératrices de revenus, les professionnelles du sexe ne se sentent plus obligées d'adopter des comportements à risque (accepter les rapports sexuels non protégés).* ». Cf. **République du Bénin** et **PNUD**, Rapport sur le Développement Humain au Bénin, VIH/SIDA et Développement Humain, op. cit., pp. 119-120.

<sup>392</sup> « *La pauvreté favorise l'évolution de l'épidémie et en retour, l'épidémie aggrave la pauvreté (...).* ». In **République du Bénin** et **PNUD**, Rapport sur le Développement Humain au Bénin, VIH/SIDA et Développement Humain, op. cit., p. 66.

<sup>393</sup> La lutte contre l'évolution des IST et du VIH/Sida au Bénin génère en effet sur l'étendue du territoire national des opérations de soutien, de sensibilisation et de communication d'abord à l'initiative de plusieurs représentants de la société civile parmi lesquels : le Réseau des ONG Béninoises de Santé (ROBS)

nisations non gouvernementales (ONG) ainsi que plusieurs acteurs internationaux, partenaires au développement et à la lutte contre le VIH/Sida. Ce cadre institutionnel de prévention des IST et du VIH/Sida est un système à la fois d'information et de formation de l'opinion publique<sup>394</sup> – toutes catégories sociales confondues – sur la conduite à tenir face aux risques vénériens. Néanmoins l'efficacité de ce système de prévention et de ses moyens d'action ne peut profondément se matérialiser en tout point sans acception de sa variable [244] sociologique. En effet, tout comme les IST, le risque inhérent à l'infection par le VIH/Sida est aussi un risque de comportement indi-

---

qui fédère une centaine d'ONG attitrées dans la prise en charge des problèmes sanitaires et notamment du sida partout dans le pays ; le Réseau des Médias Béninois pour la lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (RE-MEB-STP) qui assure notamment auprès des jeunes populations une communication régulière afin d'éduquer et de sensibiliser l'opinion publique sur les risques infectieux et les comportements à risque. Ensuite, ces opérations de soutien, de sensibilisation et de communication pour la prévention des IST notamment le VIH/Sida sont également animées par de nombreux partenaires au développement à l'instar du Programme Commun des Nations Unies pour le Sida (ONUSIDA) qui accompagne les gouvernements des États-nations dans l'élaboration et la mise en œuvre de leur riposte nationale contre le VIH/Sida ; il en va de même de l'OMS pour son engagement auprès des États pour la santé des peuples ; de l'UNICEF pour son appui au PNLIS dans sa mission de préservation des enfants vulnérables et de contrôle de la transmission du VIH/Sida de la mère à l'enfant ; de l'Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau (ESTHER) qui représente un Groupement d'Intérêt Public à l'initiative du gouvernement français en 2001/2002 et dont les missions d'aide sanitaire parmi tant d'autres visent dans les pays partenaires à améliorer la qualité de vie des séropositifs et des malades du sida, à leur favoriser un accès durable aux soins de santé, et à rendre possible l'égal accès de tous aux antirétroviraux ; enfin, certains projets d'appui de la Banque mondiale, notamment son deuxième Projet Multisectoriel de Lutte contre le sida (PMLS phase II) impliqué dans la mobilisation sociale tant pour la prévention de l'infection que la prise en charge antirétrovirale et psychologique des personnes vivant avec le VIH/Sida.

<sup>394</sup> En effet, la sensibilisation de l'opinion publique est d'autant susceptible de combattre le risque infectieux et la menace de la maladie que : « *La mauvaise perception des risques d'infection au VIH relève essentiellement de l'ignorance qui résulte des insuffisances de la communication pour le changement de comportement.* ». Cf. **République du Bénin** et **PNUD**, Rapport sur le Développement Humain au Bénin, VIH/SIDA et Développement Humain, op. cit., p. 87.

viduel <sup>395</sup> ou social devant la menace épidémique. Dans ce contexte sociologique, l'action publique de prévention du VIH/Sida gagnerait notamment en efficacité en prenant davantage en compte les apports heuristiques de la sociologie des comportements de l'individu ou de son groupe social face à la maladie. Taoufik Bourgou <sup>396</sup> reconnaît à bon droit qu' : « *Une politique publique de gestion des risques est un rapport au savoir dans l'espace public (...). Les individus perçoivent les risques, agissent soit en réaction par rapport à l'événement (manifestations, actes de représailles, mouvement de foule), soit construisent une mobilisation à laquelle ils vont attribuer un sens particulier, clairement énoncé.* ».

Ainsi, contrairement au paludisme qui est perçu par le corps social comme une maladie de la fatigue « saine », c'est-à-dire une fatigue normale, et plus souvent un bouc émissaire dont chacun finit un jour ou l'autre par se servir pour justifier une absence par-ci, un contretemps par-là, voire des sollicitudes familiales au besoin, le VIH/Sida est plutôt vécu comme une maladie de la honte, une espèce de fatigue « malsaine » <sup>397</sup>, un mal clandestin qui rétribuerait alors une vie jugée trop dévoyée, une conséquence de la légèreté des mœurs de l'individu ou d'une libération supposée excessive des sociétés contemporaines. De fait, le malade souffrant du paludisme est perçu comme une victime des affaiblissements naturels du corps biologique par l'action des

<sup>395</sup> En effet les comportements sexuels prennent une place importante dans la propagation de l'épidémie ainsi que l'avait souligné le Rapport sur le Développement Humain au Bénin selon lequel : « *Au Bénin, le VIH est surtout transmis par voie sexuelle (92% des cas) ainsi que de la mère à l'enfant (6%) et seulement dans une moindre mesure par la transfusion sanguine et des pratiques traditionnelles telles que les tatouages, les scarifications, les circoncisions ou excisions (2%).* ». In **République du Bénin** et **PNUD**, Rapport sur le Développement Humain au Bénin, VIH/SIDA et Développement Humain, op. cit., p. 115.

<sup>396</sup> **Taoufik BOURGOU**, *Politiques du risque*, Editions Perspectives Juridiques, op. cit., p. 74.

<sup>397</sup> En décrivant les mêmes faits en termes de stigmatisation des personnes atteintes du VIH/Sida, le rapport sur le développement humain relevait déjà en 2005 qu' : « *Au Bénin, à l'instar d'autres pays touchés par l'infection, la séropositivité est toujours vécue comme un drame, un tabou, une honte dans de nombreuses familles et sociétés.* ». In **République du Bénin** et **PNUD**, Rapport sur le Développement Humain au Bénin, VIH/SIDA et Développement Humain, op. cit., p. 35.

éléments de la nature en dehors de sa propre volonté alors que le séropositif et le malade du sida sont regardés dans leur société comme des victimes de leur propre fait. Autrement dit, le contexte socioculturel est donc ici encore peu favorable à l'acceptation sociale des personnes malades du sida ou [245] de l'individu médicalement déclaré avec un sérodiagnostic positif. Le risque encouru est dans l'exclusion sociale <sup>398</sup> à telle enseigne que l'individu affecté par la maladie va souvent rechercher des subterfuges étiologiques, soit pour expliquer l'altération de sa santé par une nosographie détournée qui ne laisse soupçonner la présence du sida ou de son virus ; soit pour masquer <sup>399</sup> à son entourage familial ses traitements antirétroviraux. Ainsi, dans cette société aux conceptions populaires ou culturelles <sup>400</sup> assez strictes sur le « sain et le malsain », tout individu qui s'affirmerait affaibli par la maladie du sida ou en être porteur de son virus et qui s'afficherait comme tel au sein de sa communauté ne pourrait alors le faire sans vraiment risquer de sombrer dans le bannissement total, la stigmatisation sociale et des accusations diffuses en mœurs légères ou

<sup>398</sup> Dans la même étude publiée en 2005, l'**État béninois** et le **PNUD** reconnaissent en effet qu' : « *Au Bénin, la séropositivité est gérée de façon prudente, parfois fataliste. Elle engendre fréquemment la discrimination qui se résume en des actes de désaffection, de désapprobation de la personne atteinte.* ». In **République du Bénin** et **PNUD**, Rapport sur le Développement Humain au Bénin, VIH/SIDA et Développement Humain, op. cit., p. 30

<sup>399</sup> Ce même constat est souligné par le rapport sur le développement humain au Bénin en 2005 selon lequel : « *En raison de l'instabilité ou de la détérioration des relations, 57% des personnes s'abstiennent d'informer leurs proches parents et les personnes importantes de leur entourage de leur séropositivité.* ». In **République du Bénin** et **PNUD**, Rapport sur le Développement Humain au Bénin, VIH/SIDA et Développement Humain, op. cit., p. 32

<sup>400</sup> Pour **Marcel CALVEZ** s'inscrivant dans la même optique, le risque fait peser sur toute une population incertitudes et menaces au point d'exalter à l'extrême l'imaginaire collectif. Pour lui : « *Dans les représentations culturelles, le risque désigne un danger éventuel auquel des individus sont exposés. Ainsi, dans une acception qui s'est d'emblée imposée, il permet de représenter les incertitudes et les menaces du sida. Comparé aux représentations de la maladie comme un fléau ou un châtement de Dieu, il véhicule une représentation du mal dans laquelle les causes et les conséquences de la maladie sont moins incertaines.* ». Voir **Marcel CALVEZ**, « Le risque comme ressource culturelle dans la prévention du sida » pp. 127-144, in **Jean-Pierre DOZON** et **Didier FASSIN**, (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Editions Balland, op. cit., p. 131

en dépravation <sup>401</sup>. Il faut souligner avec Philippe Lecorps et Jean-Bernard Paturet que : « *La culture joue un rôle déterminant dans nos représentations de la santé. L'être humain est, pour partie, assujéti à la norme collective, à travers le langage il apprend ce qui est beau ou laid, sain ou malsain.* » <sup>402</sup>.

[246]

Dans un registre socio-anthropologique où la maladie est décryptée à travers le filtre culturel de la superstition et des suspicions sociales, Raymond Massé <sup>403</sup> rappelle pour sa part que : « *Dans toutes les sociétés, la maladie est vécue comme une rupture de l'ordre moral. Etre un malade, ce n'est pas seulement être physiquement fragilisé, c'est aussi devenir suspect aux yeux de l'entourage. Suspect d'avoir enfreint certains tabous, suspect d'avoir fait un usage incontrôlé des forces maléfiques et des pouvoirs surnaturels, suspect d'être l'objet d'une attaque de sorcellerie en réaction à l'offensive de personnes à qui on a voulu du mal, suspect d'avoir enfreint les normes établies par la société.* ».

Cet environnement socioculturel hostile à l'indulgence des relations sociales vis-à-vis du malade du sida ou de l'individu au statut sérologique positif est, somme toute, susceptible d'accroître les taux de prévalence et d'incidence de l'épidémie si la réaction des personnes ainsi stigmatisées est, tant et plus, de se réfugier dans la clandestinité pour surmonter la maladie et l'exclusion sociale. Dans son rap-

---

<sup>401</sup> Selon le rapport sur le développement Humain au Bénin, édition de 2005 : « *Certaines personnes, environ 15% de la population, perçoivent le VIH/SIDA comme une sanction surnaturelle, d'autres (82%) estiment qu'elle est une conséquence de l'immoralité. Dans l'un ou dans l'autre cas, la personne atteinte est considérée comme une victime de son comportement répréhensible et la société développe, envers elle, un sentiment de désapprobation et d'ostracisme.* ». In **République du Bénin** et **PNUD**, Rapport sur le Développement Humain au Bénin, VIH/SIDA et Développement Humain, op. cit., p. 30.

<sup>402</sup> **Philippe LECORPS, Jean-Bernard PATURET**, *Santé publique du biopouvoir à la démocratie*, Editions de l'Ecole Nationale de la Santé publique, op. cit., p. 82.

<sup>403</sup> **Raymond MASSÉ**, « La santé publique comme projet politique et projet individuel. » pp. 41-64, in **Bernard HOURS**, (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, op. cit., p. 47.

port 2005 sur le développement humain au Bénin, le ministère du développement, de l'économie et des finances en collaboration avec le PNUD, faisait pourtant observer qu' : « *En réalité, le VIH/SIDA n'affecte pas seulement les individus infectés mais aussi la communauté et le pays dans son ensemble.* » <sup>404</sup>.

Jusque-là, les politiques de sensibilisations des classes populaires sous forme d'une *realpolitik* plutôt destinée à faire impression sur la conscience collective ont consisté surtout à informer massivement l'opinion publique de la réalité de l'existence du risque VIH/Sida, de sa recrudescence dans certains pays d'Afrique et de ses possibles thérapeutiques. Or l'évolution nécessaire de l'action publique de la prévention, de la protection et de la sécurité sanitaires doit pouvoir aussi intégrer l'effort de modification des perceptions sociales et des appréhensions diverses sur la maladie et sa réelle nosographie. Dans cette même optique d'adaptation des programmes de santé publique à leur contexte psychosocial, [247] Marcel Calvez <sup>405</sup> considère que : « *Le sida est appréhendé comme un risque dans deux registres conjoints, la transmission du virus et la cohésion sociale, ce qui trace les cadres de référence d'une politique de prévention.* ».

Ainsi, l'action publique<sup>406</sup> de protection sanitaire et de prévention du VIH/Sida peut se faire d'autant performante qu'elle mesure et prend en compte pour l'intérêt de la cohésion sociale, le risque inhérent aux stigmatisations et exclusions de l'individu ou d'un groupe d'individus pour cause de sida. De la même manière, Philippe Lecorps et Jean-Bernard Paturet font remarquer par ailleurs que : « *Les politi-*

<sup>404</sup> République du Bénin et PNUD, Rapport sur le Développement Humain au Bénin, VIH/SIDA et Développement Humain, op. cit., p. 89

<sup>405</sup> Marcel CALVEZ, *La prévention du Sida. Les sciences sociales et la définition des risques*, Collection « Des Sociétés » Presses Universitaires de Rennes, op. cit., p. 25

<sup>406</sup> Cette protection sanitaire prend non seulement une dimension sociologique mais aussi juridique avec la reconnaissance par l'État béninois des droits fondamentaux des personnes vivant avec le VIH/Sida. Ainsi, selon le rapport sur le développement humain paru en 2005 avec la loi n° 2005-31 du 18 août 2005 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/SIDA en république du Bénin : « (...) *Le Bénin s'ouvre à la pleine reconnaissance de leurs droits et de ceux des malades du Sida, comme des citoyens à part entière.* ». In République du Bénin et PNUD, Rapport sur le Développement Humain au Bénin, VIH/SIDA et Développement Humain, op. cit., p. 37

*ques de santé publique, en définissant le sujet comme raisonnable et rationnel, en viennent nécessairement à le tenir pour responsable de ses actes.* » <sup>407</sup>.

Dans cette perspective, le rôle didactique de la santé publique et des politiques publiques de prévention <sup>408</sup> peut aller au-delà de la simple culpabilisation des comportements individuels à risque face au sida en y puisant sa ressource idoine pour décrier une opinion publique assez timorée et qui croit toujours que tout débat public sur la sexualité est forcément synonyme d'une brèche sybaritique. Aussi, Marcel Calvez peut-il affirmer à juste titre que : « *Le sida est une occasion de réfléchir sur l'éducation sexuelle, car « ne pas oser parler de sexualité témoignerait de l'existence d'interdits d'un autre âge » et ne favoriserait pas des attitudes de « responsabilité personnelle ».* » [M. Calvez, 2004, p. 27].

[248]

Le tabou persistant des discours sur la sexualité au devant de la scène publique comme dans les représentations sociales est donc un obstacle culturel qui se déteint manifestement sur les politiques publiques de prévention des IST en général et du VIH/Sida en particulier. Ainsi, pour certains acteurs politiques disposant ou à la recherche d'un mandat électif, la communication politique autour de la mobilisation sociale contre les risques vénériens comme le VIH/Sida est toujours un discours politique du strict minimum, afin de ne pas heurter certaines sensibilités sociales trop souvent portées vers un moralisme traditionnel. Dans ce contexte social d'un imaginaire collectif diffus sur le « sain et le malsain », le travail de prévention des risques infectieux par le VIH/Sida est finalement délaissé par les entrepreneurs po-

<sup>407</sup> **Philippe LECORPS, Jean-Bernard PATURET**, *Santé publique du biopouvoir à la démocratie*, Editions de l'Ecole Nationale de la Santé publique, op. cit., p. 108.

<sup>408</sup> Pour **Yvette RAYSSIGUIER** et alii, il est notable dorénavant que : « (...) *La prévention s'éloigne du champ médical, [et] s'impose dans les champ social et environnemental sous l'effet d'une meilleure prise en compte de l'épidémiologie, ainsi que de l'attention progressive portée aux déterminants de santé de l'ensemble de la population.* ». In **Yvette RAYSSIGUIER, Josianne JEGU, Michel LAFORCADE**, (dir.), *Politiques sociales et de santé. Comprendre et agir*, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique op. cit., p. 255.

litiques dont parfois c'est l'engagement politique au profit des ONG et associations de lutte contre le sida et pour la protection des droits des malades. La communication politique sur le risque infectieux lié au VIH/Sida relève donc plus du travail de sensibilisation du Ministère de la santé publique et des acteurs associatifs de la société civile que de la classe politique dans son ensemble. En effet, le politique ne semble pas suffisamment aguerri dans l'espèce pour assumer un travail didactique d'information et d'explication du phénomène infectieux aux populations exposées aux risques vénériens par crainte aussi de ne pas réveiller dans les rangs de celles-ci quelques sentiments de culpabilisation. C'est dire que dans l'imaginaire collectif, toute communication publique sur la menace du sida est vite ramenée à la dénonciation d'une mauvaise pratique personnelle de la sexualité. Or, dans ce contexte présent des faits sociaux observés, le politique souvent utilitariste s'accommode mal avec la rhétorique de tout discours de dénonciations des comportements sexuels qui seraient, en effet, supposés trop sybarites et par conséquent à risque électoral. Ainsi, le tabou axiologique qui entoure les débats publics sur la sexualité finit par inhiber également tout engagement politique qui se voudrait performatif pour informer puis éduquer les populations et expliquer à chacun les modalités d'une action publique qu'il lui faut comprendre et accepter dans l'intérêt d'une gestion efficace du risque sanitaire collectif. La communication, l'information et l'éducation de la population face au risque des phénomènes infectieux de toute nature constituent des préalables nécessaires pour catalyser l'acceptation des mesures publiques de [249] prévention ou de riposte nationale par les individus que cette action publique vise ainsi à protéger. Michel Setbon <sup>409</sup> l'énonce ainsi fort justement : « (...) *Communiquer, informer et expliquer représentent un triptyque sans lequel toute décision de sécurité sanitaire reste inaccessible à l'entendement des citoyens – qu'elle concerne au premier chef – et donc sans portée heuristique.* ».

Partant, avec le VIH/Sida, l'action publique de protection sanitaire semble définitivement marquer un changement de paradigme en optant désormais pour un modèle plutôt coopératif de prévention des nouveaux risques infectieux et vénériens. Dans cette nouvelle pers-

---

<sup>409</sup> **Michel SETBON**, *Risques, sécurité sanitaire et processus de décision*, Collection Médecine des risques, Paris, Elsevier, op. cit., p. 169.

pective de prévention participative des maladies infectieuses, la santé publique devient alors la santé de l'individu responsabilisé sur ses comportements sanitaires : son hygiène de vie, la satisfaction de ses besoins trophiques et des modalités de sa sexualité <sup>410</sup>. Ainsi, dans son essai de typologie dégagant quatre modèles de prévention, Jean-Pierre Dozon <sup>411</sup> impute à la tradition et à ses rites de prescription ou de proscription sanitaire ses deux premiers modèles de prévention qu'il qualifie pour l'un, de « *magico-religieux* » et pour l'autre, de « *modèle de la contrainte profane* ». Les paradigmes de la prévention magico-religieuse et de la contrainte profane du VIH/Sida mettraient, par exemple, l'individu devant un devoir de chasteté avec la crainte psychosociale de subir des imprécations et des sanctions des ordres sacré et social en cas de transgression par des comportements sexuels non conformes aux règles établies. Ces deux modèles de prévention correspondent, en effet, au contrôle social et sanitaire des sociétés traditionnelles ou anciennes que Jean-Pierre Dozon oppose naturellement à la modernité biomédicale avec l'émergence d'un troisième paradigme beaucoup plus rationnel : le « modèle pastorien » de la [250] prévention qui mêle savoirs scientifiques et techniques microbiologiques de prévention des risques sanitaires infectieux. Mais l'évolution paradigmatique des politiques publiques de prévention des risques infectieux à travers la responsabilisation accrue et la participation volontariste de l'individu au capital commun de la santé publique se cristallise davantage avec ce quatrième modèle de prévention que Jean-Pierre Dozon qualifie de « modèle contractuel ». En effet, pour Jean-Pierre Dozon : « (...) *Le modèle contractuel de la prévention*

---

<sup>410</sup> Le Rapport sur le Développement Humain au Bénin fait état, en effet, de ce que : « *Malgré le constat d'une stabilité du taux d'infection depuis 2002, il existe des disparités de prévalence au niveau départemental et au sein des groupes spécifiques (élèves, apprentis, serveuses dans les maquis, les routiers et les professionnelles de sexe). Le mode de contamination, le plus répandu étant la voie sexuelle, les comportements à risque sont encore observés chez les adultes. Le quart des jeunes, ayant leur premier rapport sexuel entre 13 et 19 ans, ne savent pas que le SIDA se transmet par voie sexuelle.* ». In **République du Bénin** et **PNUD**, Rapport sur le Développement Humain au Bénin, VIH/SIDA et Développement Humain, op. cit., p. 105.

<sup>411</sup> **Jean-Pierre DOZON**, « Quatre modèles de prévention » pp. 23-46, in **Jean-Pierre DOZON** et **Didier FASSIN**, (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Editions Balland, op. cit.

*fonctionne idéalement sur le mode d'une complémentarité nécessaire entre le travail d'objectivation des risques sanitaires qu'accomplissent avec de plus en plus de précision les sciences biomédicales, particulièrement l'épidémiologie, et un mouvement de subjectivation par lequel les individus doivent devenir des acteurs responsables de leur santé. Une complémentarité qui peut se formuler également en distinguant, d'un côté, un droit à la santé dont seraient garants les pouvoirs publics et la recherche scientifique, de l'autre, un devoir de santé auquel seraient tenus l'ensemble des citoyens et qui participerait ainsi d'une redéfinition du lien démocratique. » <sup>412</sup>.*

Dans ce nouvel élan de complémentarité entre l'objectivation caractéristique des modalités biomédicales de prévention des risques sanitaires infectieux et la subjectivation de la prévention faisant ainsi de l'individu le sujet et non seulement l'objet de la santé publique, la lutte contre l'épidémie du VIH/Sida peut permettre davantage à la science politique ou de façon générale aux sciences sociales de jouer pleinement leur rôle de production sémiotique du sens caché des comportements sociaux face aux risques sanitaires lato sensu.

Mais l'épidémie du VIH/Sida, sa prévention et sa prise en charge intègre aussi les nouvelles dynamiques sociétales de mondialisation des enjeux sanitaires et de sécurité des personnes. En tant que tel, la santé et l'accès aux soins médicaux sont devenus des droits mondialisés de l'individu. D'abord, la mondialisation de la lutte contre la progression du VIH/Sida s'opère notamment avec la possibilité de plus en plus élargie aux séropositifs des pays du Sud d'avoir accès aux traitements par les antirétroviraux. Cette large accessibilité des personnes séropositives aux [251] médicaments antirétroviraux s'explique par la pratique dans la plupart de ces pays d'une politique internationale de baisse des prix avec la mise à disposition des génériques comme l'a souligné notamment Alice Desclaux <sup>413</sup> en ces termes : « (...) *Les ta-*

<sup>412</sup> **Jean-Pierre DOZON**, « Quatre modèles de prévention » pp. 23-46, in **Jean-Pierre DOZON** et **Didier FASSIN**, (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Editions Balland, op. cit., p. 41.

<sup>413</sup> **Alice DESCLAUX**, *Les antirétroviraux en Afrique. De la culture dans une économie mondialisée*. In revue *Anthropologie et sociétés*, vol. 27, n° 2, 2003, pp. 41-58. Québec : Département d'anthropologie, Université Laval, [en ligne] disponible in « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », op. cit., p. 11.

*rifs des antirétroviraux ont diminué dans une vingtaine de pays africains, soit dans le cadre de l'Initiative ACCESS (sur la base d'un accord entre ONUSIDA, cinq firmes pharmaceutiques et les États africains concernés), soit grâce au jeu de la concurrence sous l'effet de l'arrivée de médicaments génériques sur le marché. Des programmes d'accès ont été mis en place dans le cadre des services de soins publics (Ouganda, Côte-d'Ivoire, Sénégal, Mali, Bénin, Cameroun notamment), des services médicaux d'entreprises (Côte-d'Ivoire, Sénégal, Cameroun et ailleurs), d'ONG internationales (Médecins sans Frontières, Croix-Rouge, Médecins du Monde et d'autres), d'associations locales et de centres de santé communautaires (au Burkina Faso notamment). ».*

Ainsi, la mondialisation des produits et technologies de santé contribue à renforcer l'internationalisation de la mobilisation sociale pour la sécurité sanitaire des personnes sans acception de leur situation géographique. En effet, avec la mondialisation et la montée des flux migratoires partout dans le monde, la sécurité sanitaire de chaque État-nation est de plus en plus imbriquée dans l'interdépendance de ses relations avec tous les autres pays de la planète. C'est la raison d'être de l'OMS qui rassemble d'ailleurs toutes les instances décisionnelles de la santé publique de ses États membres. Avec l'apparition de la pandémie du VIH/Sida, l'absence d'une riposte vaccinale ou curative en la matière et la preuve que la contagion rapide des phénomènes infectieux a surtout pour corollaire les habitudes de vie ou les comportements sociaux à risque, les instances nationales et internationales de santé publique tendent alors à valider un double processus d'hybridation des réponses thérapeutiques et préventives adaptables dans chaque situation. D'une part, il y a processus d'hybridation avec l'admission en vertu des soins de santé primaires dans les pays en développement, de la complémentarité entre réponse biomédicale et médecine traditionnelle. C'est également au nom de [252] cette complémentarité des deux médecines que des offres thérapeutiques traditionnelles <sup>414</sup> se multiplient de nos jours face aux en-

---

<sup>414</sup> À ce propos, **Alice DESCLAUX** tend à juste titre à souligner que : « *Les anti-rétroviraux sont aussi un vecteur efficace de la culture biomédicale et de la légitimité de la biomédecine ; cela n'empêche pas qu'ils servent également à la construction d'autres légitimités – y compris celle des thérapies néo-traditionnelles, créant une nouvelle géographie du système médical. Ainsi, il*

jeux de la menace du sida. D'autre part, les apports heuristiques des sciences sociales : sciences des institutions, sciences des comportements ou des phénomènes sociaux, telles que l'anthropologie socio-culturelle, la sociologie et la science politique voire la politologie émergente d'une gouvernance de la santé publique marquent un tournant décisif de la prévention des maladies en dépassant alors ses traditionnelles limites épidémiologiques. Ensuite, de par son ambivalence, la mondialisation des enjeux sanitaires à partir de l'exemple du VIH/Sida, représente aussi une situation de risque, d'incertitude pour la sécurité sanitaire, en matière, par exemple, de don et de transplantation des organes réifiés du corps humain. Toutefois, l'administration efficace de la santé publique à travers les mesures préventives des maladies infectieuses et des comportements individuels à risque ne peut durablement se faire performative et réelle sans la composante indispensable de ses ressources décisionnelles.

---

*est possible qu'en diffusant des modèles puissants et des inégalités sociales qui réservent l'application de ces modèles à des minorités, la mondialisation permette aux thérapeutes néo-traditionnels de jouer tantôt la complémentarité (sur le terrain de l'accès aux traitements et des mécanismes d'action des médicaments), tantôt la similitude avec la biomédecine (sur le terrain de la construction scientifique des traitements), tantôt l'opposition (sur le terrain de l'identité). En leur offrant une véritable « caisse de résonance » et en l'absence d'institutions susceptibles d'introduire une régulation éthique ou scientifique des marchés du médicament, la mondialisation ouvre de vastes espaces pour la diffusion d'« antirétroviraux néo-traditionnels » en Afrique. » ». Voir **Alice DESCLAUX**, Les antirétroviraux en Afrique. De la culture dans une économie mondialisée. In revue **Anthropologie et sociétés**, vol. 27, n° 2, 2003, pp. 41-58. Québec : Département d'anthropologie, Université Laval, [en ligne] disponible in « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », op. cit., pp. 25/26. De la même manière le Rapport sur le Développement Humain au Bénin mentionne que : « Les tradipraticiens contribuent aux traitements des personnes vivant avec le VIH/SIDA notamment en soulageant les patients des maladies opportunistes et des souffrances psychologiques. Mais l'exercice de leur fonction est menacé par la raréfaction des espèces médicinales et par l'inorganisation des acteurs de la tradithérapie. ». Cf. **République du Bénin** et **PNUD**, Rapport sur le Développement Humain au Bénin, VIH/SIDA et Développement Humain, op. cit., p. 132.*

[253]

## Titre 2.

### Santé publique, entre pouvoir proactif de gouverner le corps social et pouvoir hétéronome de guérir le corps biologique

[Retour à la table des matières](#)

*« Le pouvoir est essentiellement ambigu. Il domine ceux qui le détiennent et dont la domination sur les sujets est ainsi limitée. Il confère la capacité de manipuler des forces, mais leur mauvais usage peut faire reparaître la violence et, avec elle, le désordre. Il se situe au-dessus de la société, mais il est l'organisateur des inégalités et des hiérarchies principales selon lesquelles celle-ci est constituée. Il est facteur d'unification, alors que la compétition et la domination sont de sa nature. ».* In Georges Balandier <sup>415</sup>, « L'anthropologie africaniste et la question du pouvoir ».

Le pouvoir est ambiguïté puisqu'il peut être source d'incertitude, reconnaît ainsi Georges Balandier. Il domine mais jamais longtemps sans les ressources de son autorité sur ses sujets qui pourraient saisir, en toutes circonstances, les opportunités offertes par tout retournement de situation, en vue d'influencer en retour le pouvoir, plutôt que de le subir continuellement, ou pour s'extraire finalement de son autorité. Les ressources sont les moyens de subsistance tant matériels qu'intellectuels du pouvoir, de nature à susciter, partout auprès de ses sujets, acceptation et légitimité pour son autorité. La nature intrinsèque de ses ressources confère au pouvoir son autonomie alors que tou-

---

<sup>415</sup> **Georges BALANDIER**, « L'anthropologie africaniste et la question du pouvoir ». Un article publié dans les Cahiers internationaux de sociologie, vol. 65, juillet-décembre 1978, pp. 197-211. Paris : Les Presses universitaires de France. [En ligne] cf. « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », p. 16, [consulté le 16 décembre 2009]

te configuration extrinsèque de ses ressources le fait inexorablement évoluer vers l'hétéronomie afin de pouvoir se maintenir. Le pouvoir politique dans l'administration de l'État postcolonial fait-il toujours appel à ses ressources intrinsèques dans une position dite d'autonomie ou peut-il aussi se faire tributaire des ressources que lui procure une situation absolue d'hétéronomie ? L'État postcolonial est, certes, un État souverain mais son pouvoir politique reste de surcroît ambivalent à cause des incertitudes vis-à-vis des ressources. Sa gestion autonome comporte alors des [254] limites que viennent compenser des ressources extrinsèques à son pouvoir organisationnel. Telle est la configuration politique de l'administration des affaires sociales et collectives de l'État postcolonial comme en témoigne amplement le secteur de la santé publique au Bénin.

*A\*) De l'ambivalence d'une autonomie proactive dans l'administration du pouvoir étatique...*

[Retour à la table des matières](#)

L'État postcolonial repose de façon générale sur une conception assez mitigée de la domination politique au sens weberien du « monopole de la violence légitime ». En effet, le pouvoir institutionnalisé qui caractérise son administration est par essence un pouvoir ambigu. Sa légitimité institutionnelle et son existence transcendante sont consubstantielles d'un processus de légitimation sociopolitique à la fois des forces internes de la société civile et de certaines puissances partenaires extérieures à son organisation. Ainsi, son rapport à l'idée d'une autonomie politique et administrative proactive met toujours, à toutes fins utiles, devant une situation de pouvoir politique ambivalent.

D'abord, comme phénomène sociopolitique, son autonomie administrative est acquise en tant qu'entité territoriale et politique souveraine. Il s'agit en l'occurrence d'une souveraineté du pouvoir institutionnalisé dans l'État, c'est-à-dire à l'intérieur de ses limites de compétences territoriales et qui s'impose légitimement comme tel à l'acceptation de sa population. Dans son analyse sociologique du

concept de l'État, Émile Durkheim <sup>416</sup> le considérait en effet comme : « *Un organe de réflexion..., (une) intelligence mise à la place de [255] l'instinct obscur.* », et que : « *L'État, c'est proprement l'ensemble des corps sociaux qui ont seuls qualité pour parler et pour agir au nom de la société.* ».

L'État postcolonial satisfait à ses obligations de garant de l'intérêt général et de l'ordre public à travers une administration atypique qui emprunte à la fois à la rationalité weberienne de la domination légale-rationnelle au sens de « l'homme ou la femme qu'il faut à la place qu'il faut » et à la vénalité propre à une organisation politique néopatrimoniale où la partition des charges publiques est dominée par des pratiques clientélistes de cooptation et captation, de patronage et prébendalisme. Ses quelques traits saillants de l'État postcolonial sont naturellement des points caractéristiques de l'administration des affaires publiques et politiques de l'État béninois. En toute hypothèse, l'administration publique incarne tant bien que mal les missions d'intérêt général qui incombent à l'autorité de l'État : c'est le cas du service public de la santé, du service public de l'assainissement et des eaux, du service public de la police et de la sécurité publique, du service public de la justice, de l'éducation nationale, de la défense, pour ne citer que ceux-là. Il existe donc bel et bien un État avec des prérogatives <sup>417</sup> de puissance publique, autant dire, des attributs de souve-

<sup>416</sup> **Émile DURKHEIM**, *L'ÉTAT*, in *Revue philosophique*, 148, 1958, pp. 433 à 437. Publication posthume d'un cours datant de 1900-1905. Texte reproduit in **Émile DURKHEIM**, *Textes 3. Fonctions sociales et institutions* (pp. 172 à 178). Paris : Les Éditions de Minuit, 1975, Collection : Le sens commun.

<sup>417</sup> Par prérogatives, **John LOCKE** entend l'exercice d'un pouvoir discrétionnaire au profit des gouvernants mais dans l'intérêt absolu du corps social comme il l'écrit lui-même : « *Tant que ce pouvoir est employé pour l'avantage de l'État, et conformément à la confiance de la société et aux fins du gouvernement, c'est une prérogative incontestable, et on n'y trouve jamais à redire. Car le peuple n'est guère scrupuleux ou rigide sur le point de la prérogative, pendant que ceux qui l'ont s'en servent assez bien pour l'usage auquel elle a été destinée, c'est-à-dire, pour le bien public, et non pas ouvertement contre ce même bien.* ». In **John LOCKE** (1690), *Traité du gouvernement civil*, Traduction française de **David MAZEL** en 1795 à partir de la 5<sup>e</sup> édition de Londres publiée en 1728. Une édition électronique réalisée à partir du livre de **John LOCKE** (1690), *Traité du gouvernement civil*, [en ligne] disponible in « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », p. 97, [consulté le 18 décembre 2009]

raineté interne ou de pouvoir <sup>418</sup> légitime de représentation de l'intérêt général. Autrement dit, comme le [256] rappelle Montesquieu <sup>419</sup> dans *L'esprit des lois*, il existe, pour chaque société un « *droit politique* » dans la mesure où, considère-t-il : « *Une société ne saurait subsister sans un gouvernement.* ».

En effet, dans son *Traité du gouvernement civil*, John Locke représentait déjà le pouvoir politique comme la somme des libertés individuelles que chacun détenait, d'abord dans l'état de nature et transférée ensuite à la société pour la conservation des intérêts de tous. Ainsi, pour Locke <sup>420</sup> : « (...) *Le pouvoir politique est ce pouvoir que chaque homme a dans l'état de nature, qu'on a réuni entre les mains d'une société, et que cette société a remis à des conducteurs qui ont été choisis, avec cette assurance et cette condition, soit expresse ou tacite, que ce pouvoir sera employé pour le bien du corps politique, et pour la conservation de ce qui appartient en propre à ses membres. Or, le pouvoir que chacun a dans l'état de nature, et dont on se dépouille entre les mains d'une société, consiste à user des moyens les plus propres, et que la nature permet, pour conserver ce qu'on possè-*

<sup>418</sup> Après avoir défini le pouvoir au sens large comme la capacité ou « *les moyens actuels* » d'un homme « *d'obtenir quelque bien futur apparent* », **Thomas HOBBS**, conçoit, dans le *Léviathan*, le pouvoir politique comme : « *Le plus grand des pouvoirs humains* » en ce qu'il est : « *composé des pouvoirs de la plus grande partie des hommes, unis par consentement en une seule personne, naturelle ou civile, qui a l'usage de tous leurs pouvoirs qui dépendent [alors] de sa volonté, comme est le pouvoir d'une République, ou celui qui dépend des volontés, de chaque particulier, comme est le pouvoir d'une faction ou de différentes factions liguées.* ». In **Thomas HOBBS** (1651), *Léviathan. Traité de la matière, de la forme et du pouvoir de la république ecclésiastique et civile*, traduit de l'anglais par **Philippe FOLLIOU** op. cit., pp. 77 et 78. [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 18 décembre 2009]

<sup>419</sup> **MONTESQUIEU**, (Charles-Louis de Secondat, 1689-1755), *De l'Esprit des lois*. (1748), Première partie (livres I à VIII). Une édition électronique réalisée à partir du livre de **MONTESQUIEU**, *De l'Esprit des lois* (1748). Genève, Barillot, [en ligne] disponible in « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », p. 32 [consulté le 18 décembre 2009]

<sup>420</sup> **John LOCKE** (1690), *Traité du gouvernement civil*, Traduction française de **David MAZEL** en 1795 à partir de la 5<sup>e</sup> édition de Londres publiée en 1728, op. cit., p. 102, [en ligne] disponible in « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) ».

*de en propre, et pour punir ceux qui violent les lois de la nature ; en sorte qu'en cela on travaille le plus efficacement, et le plus raisonnablement qu'il est possible, à sa propre conservation, et à la conservation du reste des hommes. ».*

En toute hypothèse, l'administration du service public, malgré son caractère néo-patrimonial, montre que, dans ce pays, il existe effectivement un pouvoir politique de l'État sur l'ensemble de ses administrés. En effet, l'administration publique dans toutes ses composantes subit les influences du pouvoir politique dans la réalisation de ses missions. En tant que telle, elle devient l'instrument inconditionnel du pouvoir politique qui lui donne alors les impulsions incoercibles de ses actions ou orientations. En témoigne, l'administration policière dont les actions en matière de sécurité et de sûreté publiques sont déterminées par l'influence irrépessible des hommes politiques qui exercent le pouvoir d'État. [257] Ainsi, face à certains problèmes sociaux telle que la montée galopante de la violence dans toutes ses formes – délinquances juvéniles, criminalité et violences en bandes organisées –, c'est le pouvoir politique qui se trouve interpellé au plus haut point. La politisation de ces enjeux sécuritaires relève toujours d'une certaine appropriation par les décideurs politiques des préoccupations légitimes de chaque administré pour sa sécurité. Ces attentes sécuritaires qui sont de plus en plus déterminantes des politiques publiques de sécurité aussi bien dans l'arène politique du pouvoir central qu'à l'échelle des collectivités territoriales, se cristallisent en réalité dans l'espace public national ou local de l'administration policière. Jean Meynaud<sup>421</sup> nous fait souligner à bon droit que : « *Dans la conception traditionnelle, les fonctionnaires sont au service des dirigeants politiques et ont l'obligation d'exécuter leurs décisions et de mettre leurs choix en application. Le système implique donc une nette séparation entre ceux qui décident de la ligne de conduite à suivre et ceux qui sont chargés de la traduire en actes : en principe, ces derniers occupent, dans la hiérarchie de l'appareil public de commande-*

---

<sup>421</sup> **Jean MEYNAUD**, « Introduction. Les pouvoirs de décision dans l'État moderne » pp. 9-29, in **Jean MEYNAUD**, (dir.), *Les pouvoirs de décision dans l'État moderne*. Troisième recueil d'articles extraits de la *Revue internationale des sciences sociales*, Paris : UNESCO, 1967, [en ligne] disponible in « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », op. cit., p. 17, [consulté le 13 janvier 2010]

*ment, une place qui peut être importante, mais qui reste subordonnée à un pouvoir supérieur. ».*

À partir de ces exemples, il est donc possible de considérer que le pouvoir politique dispose véritablement d'une autonomie proactive dans l'organisation puis la direction des affaires publiques et le contrôle administratif du corps social.

Ensuite, l'autonomie administrative de l'État postcolonial est également une réalité juridique à travers sa reconnaissance et sa souveraineté au plan international. Son droit de vote et de représentation à l'assemblée générale de l'Organisation des nations unies (ONU) et sa représentativité au sein de certaines organisations internationales telle que l'OMS, sont quelques expressions notables de sa souveraineté internationale qui accréditent, par suite, l'idée de son autonomie proactive dans la défense et la représentation de l'intérêt général de tous ses administrés. Ainsi, le pouvoir politique est autonome et proactif lorsqu'il ratifie, par exemple, des conventions internationales ou lorsqu'il signe des accords [258] bilatéraux dans l'intérêt public de l'État, autrement dit, dans l'intérêt général des gouvernés.

Enfin, il y a toutefois l'idée d'une certaine ambivalence qui filigra-ne cette autonomie proactive de l'État postcolonial lorsque, dans la quasi-totalité des secteurs de l'administration publique, les ressources indispensables à un fonctionnement cohérent et performant de l'État font majoritairement défaut. En cette matière, l'administration publique de l'État béninois comme tout État postcolonial au Sud du Sahara, attend ses orientations générales et ses ressources logistiques du pouvoir politique qui lui-même attend les programmes de soutiens politiques, économiques, juridiques et matériels des organisations internationales et des puissances partenaires pour définir son action politique et gestionnaire. L'État postcolonial ne peut guère s'affranchir pour son fonctionnement durable et pour la continuité du service public, de ses ressources publiques constituées des avoirs et obligations de l'aide internationale, du Fonds monétaire international (FMI), de la Banque mondiale et d'une certaine conception émergente du droit international humanitaire de l'ingérence. Dans ces conditions, l'efficacité de l'action publique, quelle que soit la sphère de l'administration où elle intervient, dépend nécessairement d'une politique hétéronome. Le secteur de la santé et des politiques publiques de prévention au Bénin, sont en l'occurrence une illustration pertinente du caractère hétérono-

me du pouvoir politique de l'État postcolonial et de son administration publique.

[259]

### *B\*) Vers l'hétéronomie gestionnaire de la santé publique*

[Retour à la table des matières](#)

L'action publique de la santé est une action clef du développement <sup>422</sup> social et économique de tout système ou organisation politique. Elle relève des stratégies de gouvernement ou des orientations d'ordre général définies par le pouvoir politique. La santé publique correspond alors à l'ensemble des mesures publiques prises au niveau de l'État pour assurer à sa population toutes les conditions nécessaires de protection sociale à travers la gestion préventive et curative de ses préoccupations sanitaires. Tout comme le reconnaît en effet Raymond Massé <sup>423</sup> : « *L'un des volets majeurs des politiques publiques de santé, en amont de la gestion de l'accessibilité aux soins, est celui des politiques de santé publique définies ici comme déterminant la nature, la portée, le financement et la gestion des interventions de prévention de la maladie et de promotion de la santé.* ».

La santé publique concerne donc la protection de la santé d'une population sur un territoire donné et que transcende, par suite, un pouvoir politique institutionnalisé. Elle est consubstantielle d'une certaine idée de développement social et d'une certaine culture collective

---

<sup>422</sup> **Marc-Éric GRUÉNAIS** et **Roland POURTIER** faisaient déjà remarquer que : « *La santé d'une population, pour autant qu'on puisse la définir sur des bases indiscutables, constitue un des critères les plus significatifs de son niveau de développement, tout autant qu'un facteur de développement.* ». Voir l'introduction de **Marc-Éric GRUÉNAIS** et **Roland POURTIER** : « La « santé pour tous » en Afrique : un leurre ? » pp. 3-12, in **Marc-Éric GRUÉNAIS** et **Roland POURTIER**, (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis, Afrique contemporaine, Numéro spécial, Trimestriel N° 195* Juillet-septembre 2000, op. cit., p. 5.

<sup>423</sup> **Raymond MASSÉ**, « La santé publique comme projet politique et projet individuel. » pp. 41-64, in **Bernard HOURS**, (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, op. cit., p. 41.

de la santé. Mais dans une approche globalisante ou universelle, l'OMS définit ainsi la santé comme : « *Un état complet de bien-être physique, mental et social, assurant en l'absence de maladie ou d'infirmité un droit fondamental de l'être humain à accéder au niveau de santé le plus élevé possible* ».

Cette définition reprise par Denis-Clair Lambert <sup>424</sup> est fustigée en tout point comme trop volontariste voire utopiste. Pour lui, l'expression d'un état de « bien-être [260] complet » adoptée par l'OMS serait une véritable utopie et parler de la santé en termes de « droit fondamental » serait une tendance ethnocentriste relative à une certaine conception de la démocratie et que ne partagent guère les régimes non-démocratiques. Sa dernière critique concerne le désir de satisfaire dans cette définition un « niveau de santé le plus élevé possible », ce qui, considère-t-il, est susceptible d'ouvrir la voie à toutes formes d'hypocrisie car, inexorablement : « *Les gouvernements se [satisfont] de l'état des lieux, que l'on soit à Port au Prince ou La Havane.* ». Aussi, préconise-t-il la définition suivante d'après lui assez « modeste » de la santé puisque naturellement : « *Une bonne situation sanitaire n'est pas l'absence de maladie ou l'acharnement thérapeutique à un très grand âge et la quête de l'immortalité, mais plutôt la maladie et l'infirmité soignées à temps et traitées par des praticiens compétents ; un individu en bonne santé est celui qui assume ses maladies et infirmités, cherche à les prévenir et les soigner à temps, et qui au terme du cycle des âges accède à la mort naturelle* ».

Néanmoins, les vrais problèmes que soulèvent la santé et notamment la santé publique résident beaucoup moins dans ce qui fait philosophiquement leur substance, c'est-à-dire leur essence même, que dans leurs moyens d'existence, autant dire les conditions pragmatiques favorables à leur développement. Ces conditions sociosanitaires interpellent en réalité les ressources définies et mises en œuvre par les pouvoirs publics pour assurer partout sur leur territoire la gestion effective et proactive des missions de santé publique. C'est ce que Philippe Lecorps et Jean-Bernard Paturet <sup>425</sup> qualifient de responsabilité

<sup>424</sup> Denis-Clair LAMBERT, La santé, clé du développement économique. Europe de l'Est et Tiers-Monde, L'Harmattan, op. cit., pp. 28/29.

<sup>425</sup> Pour Philippe LECORPS et Jean-Bernard PATURET en effet : « *La santé publique peut revitaliser un espace démocratique où les sujets s'investissent*

« *par essence* [261] *politique* » de l'État qui doit toujours transcender la « *responsabilité éthique* » de l'individu face à la gestion sociale de sa santé. Or, c'est justement à ce niveau des initiatives gouvernementales que la gestion de la santé publique au Bénin comme dans la plupart des pays en développement au Sud du Sahara, dépend beaucoup moins d'une autonomie politique organisationnelle que d'une planification hétéronome.

De prime abord, la planification de la santé publique est hétéronome dans l'État postcolonial lorsque les mesures de santé publique appliquées dans l'intérêt de la prévention des maladies relèvent essentiellement des prescriptions définies par l'OMS à ses États membres. Dans la même perspective, la planification de la santé publique dans l'État postcolonial comme dans tout État membre de l'OMS ne peut s'écarter officiellement de l'orthodoxie <sup>426</sup> sanitaire et médicale que

---

*dans la démarche d'analyse des problèmes et de recherche de solutions. C'est une démarche politique d'humilité, d'ouverture, de questionnement qui peut réintroduire le sujet désirant dans sa responsabilité éthique, dans la construction collective des règles du vivre ensemble, en citoyen responsable. Confondre les deux ordres de responsabilité – morale et éthique – relève d'une illusion ou d'une malhonnêteté. La responsabilité éthique est sans cesse mouvante, contradictoire, déchirée, profondément insatisfaite parce que le sujet est en proie aux tourments de son manque à être qui le place dans cette quête éperdue d'une jouissance fusionnelle – quête impossible, à jamais inachevée, de complétude et d'harmonie. Dans cette perspective, l'État trahit sa mission s'il s'en prend uniquement aux comportements individuels. Il est pleinement dans son rôle en revanche lorsqu'il construit les conditions du possible pour que la santé des sujets puisse se déployer. Se retrancher derrière la responsabilité du sujet revient, de la part de l'État, à abandonner sa propre responsabilité, qui est exclusivement et par essence de nature politique. ».* In **Philippe LECORPS** et **Jean-Bernard PATURET**, Santé publique du biopouvoir à la démocratie, Editions de l'Ecole Nationale de la Santé publique, op. cit., pp. 114 et 115

<sup>426</sup> Dans la même perspective, **Bernard HOURS** écrivait déjà dans son introduction « Pour une anthropologie de la santé en sociétés » que : « *D'abord considéré comme un processus d'évolution, une pédagogie, le développement, et celui de la santé en particulier, se présente désormais comme l'observance de normes de plus en plus homogènes, appliquées par des prescripteurs de plus en plus déterritorialisés. Parce que ces normes négligent ou interprètent mal les contraintes et les usages locaux, elles produisent un violent effet de marginalisation et d'exclusion de tous ceux qui ne rentrent pas dans le scénario épidémiologique prévu et observé. Toute forme de normalisation intègre*

prône cette instance internationale. Aucune place n'est donc laissée à une quelconque pratique supposée hérétique voire déviante de la médecine de telle sorte que le ministère de la santé publique et les autorités sanitaires des États membres de l'OMS veillent scrupuleusement ou du moins officiellement à ce que personne – professionnels de santé et institutions sanitaires – ne s'écarte du chemin prescrit<sup>427</sup> pour dispenser les soins de santé aux citoyens. Certes, la position de l'OMS a, depuis peu, connu quelques inflexions avec l'association des praticiens dans les pays en [262] développement mais seulement pour ce qui concerne les soins de santé primaires pour compenser dans ces pays l'insuffisance des structures sanitaires ou médicales. En toute hypothèse, la santé publique est bien plus qu'une doctrine instillée dans les États membres de l'OMS. Elle est aussi un programme dont l'État postcolonial n'a pas toujours le financement. Ainsi par exemple de sa dépendance vis-à-vis des industries ou firmes pharmaceutiques internationales spécialisées dans la production puis la commercialisation des médicaments et consommables médicaux. Aussi, certains pays attendent-ils souvent de l'OMS ou des autres organisations internationales comme la Banque mondiale, des mesures d'accompagnement sans lesquelles la mise en œuvre de ces objectifs de santé publique reste improbable.

---

*autant qu'elle exclut et exclut de plus en plus à mesure qu'elle se développe de façon monomaniaque. Ainsi, la prévention programmée, à grande échelle, qui constitue le pivot de toute politique de santé au début du troisième millénaire génère la marginalisation de toutes les sociétés qui ne peuvent participer à ce festin préventif.* ». Voir **Bernard HOURS**, « Pour une anthropologie de la santé en sociétés » pp 5-21, in **Bernard HOURS**, (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, op. cit., p. 15.

<sup>427</sup> C'est dans ce contexte doctrinaire de la santé publique que **Joseph BRUNET-JAILLY** affirme que : « Les politiques publiques de santé sont fortement inspirées par une doctrine élaborée par l'Organisation mondiale de la santé, dont l'assemblée générale est composée des ministres de la santé des États membres et respecte la règle « un État, une voix », mais qui s'est au fil des décennies bâti la réputation d'identifier les meilleures solutions techniques aux problèmes de santé publique. ». Voir **Joseph BRUNET-JAILLY**, « La politique publique en matière de santé dans les faits en Afrique de l'Ouest francophone » pp. 191-203, in **Marc-Éric GRUÉNAIS** et **Roland POURTIER**, (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis, Afrique contemporaine*, Numéro spécial, Trimestriel N° 195 Juillet-septembre 2000, op. cit., p. 192.

Ensuite, cette propension à l'hétéronomie dans la planification des préoccupations de santé publique de l'État postcolonial conduit généralement à l'absence d'implication positive ou de politique volontariste <sup>428</sup> de la part des pouvoirs publics. La planification est conçue au sens large par Jean Meynaud <sup>429</sup> comme : « *Un aspect de cet effort de rationalisation dans la gestion des ressources nationales.* ».

Dans le contexte de cette étude, la santé publique et sa gestion appellent souvent un constat de « laissées-pour-compte » qui se caractérise par la pénurie des ressources indispensables au bon fonctionnement du système des soins de santé de l'État postcolonial dont l'administration moribonde et apathique de la santé interpella la remarque suivante de Bernard Hours <sup>430</sup> : « *Infirmiers malades de l'État, patients malades des infirmiers, État malade de la gestion sociale du [263] malheur qu'il a en charge, la santé publique amène à remettre en question la société tout entière.* ».

L'État postcolonial serait donc en « faillite » <sup>431</sup> au sens où l'entend Antoine Sawadogo. C'est que, la planification de la chose publique qui traversa une période faste propre à l'État-providence jusqu'au lendemain de la décolonisation perpétue une vision des institu-

---

<sup>428</sup> L'austérité des ressources publiques entraîne par voie de conséquence une faible implication des pouvoirs publics dans la prévention et la prise en charge des problématiques de santé publique. Cf. **Pierre-Michel DELGAY**, Consul honoraire Régional (Aquitaine), Consulat de la République du Bénin à Bordeaux, France – Entretien op. cit.

<sup>429</sup> **Jean MEYNAUD**, « Introduction. Les pouvoirs de décision dans l'État moderne » pp. 9-29, in **Jean MEYNAUD**, (dir.), *Les pouvoirs de décision dans l'État moderne*. Troisième recueil d'articles extraits de la *Revue internationale des sciences sociales*, Paris : UNESCO, 1967. [En ligne] disponible in « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », op. cit., p. 25.

<sup>430</sup> **Bernard HOURS**, *L'État sorcier. Santé publique et Société au Cameroun*, Collection : Connaissance des hommes, Paris, l'Harmattan, op. cit., p. 159.

<sup>431</sup> Selon **Antoine SAWADOGO** : « *Cette faillite [de l'État postcolonial] serait la cause de la misère qui menace la survie de millions d'individus, détruit ce qui reste du lien sociétal et laisse le champ libre aux redoutables pandémies (sida et paludisme) tandis que les cadres au chômage, expatriés ou parqués dans une fonction publique en banqueroute, réduisent en poussière les savoirs conquis de haute lutte à l'école occidentale.* ». In **Antoine Raogo SAWADOGO**, *L'État africain face à la décentralisation*, Paris, Ed. Karthala, op. cit., p. 15.

tions publiques en générale, et sanitaires en particulier, selon laquelle l'État peut tout faire et tout donner sans compter. Ainsi, en parlant de crise de l'État postcolonial, Antoine Sawadogo <sup>432</sup> reconnaît que finalement après un demi-siècle d'existence : « *Il s'essouffle, faiblit, disparaît ou est moribond. L'espace de la sphère publique semble avoir été réduit à une coquille vide, à des vestiges d'État* ».

Dans ce contexte, la gestion publique de l'institution sanitaire met véritablement devant une situation de crise caractérisée par un équilibre médico-technique, soit vétuste, soit dérisoire, de sorte que le parcours de soins devient un parcours de plus en plus parsemé de risques sanitaires. La perception du risque inhérent au système de soins conduit certains privilégiés au premier rang desquels, les décideurs publics eux-mêmes, à effectuer leur demande de soins ou leur bilan de santé à l'extérieur de l'État postcolonial, dans les pays réputés pour la performance de leur système de soins de santé. Par conséquent, l'État postcolonial n'est pas en mesure d'exister <sup>433</sup> et de faire fonctionner durablement ses institutions en se suffisant de sa seule autonomie proactive. La quintessence de son action pour la [264] gestion et le redressement de la chose publique et notamment l'administration substantielle de l'institution sanitaire a donc partie liée avec une logique d'hétéronomie gouvernementale. Or, tout comme l'écrivait déjà Alfred Dumais <sup>434</sup> pour la gestion sanitaire personnelle de l'individu dé-

<sup>432</sup> **Antoine Raogo SAWADOGO**, *L'État africain face à la décentralisation*, Paris, Ed. Karthala, op. cit., p. 16

<sup>433</sup> Il s'agit ici de parler de l'existence institutionnelle effective de l'État postcolonial qui en tant que telle devrait institutionnaliser sa présence partout sur chaque gestion des biens d'intérêt collectif. Or, dans sa réalité institutionnelle, l'État postcolonial est souvent marqué par son absence dans la gestion et l'administration des affaires publiques. Cette absence de l'État postcolonial africain est ainsi analysée par **Antoine SAWADOGO** : « *Dans un univers étatique parsemé de morceaux d'État moribond ou d'épaves, interviennent des réformettes qui finissent par remettre en cause les fondements de l'État africain. L'État en crise, mourant, absent, se conjugue avec la méfiance, l'insécurité, la précarité, l'absurdité, le magico-religieux, l'impuissance des mécanismes et valeurs sociétaux d'autrefois. Se trouverait-on devant un vide étatique ? Non, l'État est bien présent, mais pas là où on l'attend.* ». In **Antoine Raogo SAWADOGO**, *L'État africain face à la décentralisation*, Paris, Ed. Karthala, op. cit., p. 17

<sup>434</sup> **Alfred DUMAIS**, « La santé imaginaire » pp. 275-284, in **Fernand DUMONT** et **Yves MARTIN**, (dir.), *Imaginaire social et représentations collec-*

sormais responsabilisé sur les facteurs de succès de sa santé : « *L'autonomie elle-même devient le signe de la santé.* » et qu'ainsi, « *être en santé, c'est être autonome.* ».

Mais paradoxalement, pour la santé et le développement de l'institution sanitaire de l'État postcolonial, c'est l'hétéronomie qui s'impose comme signe et espoir inattendu du bon état sanitaire de sa gestion sociale du destin commun et des malheurs collectifs.

---

*tives*. Mélanges offerts à **Jean-Charles FALARDEAU**, Québec : Les Presses de l'Université Laval, 1982, [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », p. 16 [consulté le 17 décembre 2009]

[265]

## Section 2.

### Le poids des représentations traditionnelles de la maladie et de la santé

[Retour à la table des matières](#)

Les représentations populaires <sup>435</sup> de la santé et de la maladie peuvent être une clé de compréhension sociologique des phénomènes morbides et de leur développement dans l'espace public des échanges sociaux. En effet, la santé et la maladie ne sont pas seulement saisies par la rationalité médico-scientifique et épidémiologique. Elles sont aussi interprétées dans les savoirs profanes, c'est-à-dire, les savoirs ordinaires du sens commun qui ne sont ni consacrés ni constatés par la rigueur de la méthode scientifique ou sociologique. Ces savoirs profanes sur la santé et la maladie, le normal et le pathologique constituent pourtant le modèle de raisonnement voire le langage vivant par lequel les individus enclins aux cultures traditionnelles expriment et expérimentent leur relation de déterminisme avec leur propre corps, avec

---

<sup>435</sup> En parlant de l'existence d'un « *lien logique* » entre les représentations sociales et le champ de la santé, **Denise JODELET** reconnaît en effet que : « (...) *Les représentations reçoivent dans les sciences sociales un rôle prééminent dans le traitement social ou culturel des questions relatives à la vie corporelle, et dans la mesure où la maladie, signifiant social, fait objet de discours qui, variant en fonction de l'histoire et selon les insertions sociales et groupales des acteurs, donne sens et orientations aux pratiques privées et institutionnelles.* ». In **Denise JODELET**, « Culture et pratiques de santé ». Un article publié dans *Nouvelle Revue de Psychologie*, n° 1, 2006, pp. 219-239. [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », p. 11, [consulté le 17 décembre 2009]. Dans la même perspective, et comme le souligne en 2005 le rapport sur le développement humain dans l'exemple du VIH/Sida au Bénin : « *Les déterminants de la propagation du VIH/SIDA sont essentiellement liés aux comportements à risque, à la mauvaise perception du danger lié à la maladie et aux pesanteurs socio-culturelles.* ». In **République du Bénin** et **PNUD**, Rapport sur le Développement Humain au Bénin, VIH/SIDA et Développement Humain, op. cit., p. 87

leur milieu naturel et avec la société qui les transcende. C'est ce que Yannick Jaffré <sup>436</sup> qualifie volontairement de « nosologie profane » qui serait construite, d'après lui, en corrélation avec les « symptômes » du phénomène pathologique et ses « dénominations » populaires. Dans ce même [266] contexte, Raymond Massé <sup>437</sup> affirmait déjà pour sa part que : « *Le savoir n'est donc pas un produit mais un potentiel, une matrice de sens activée.* ».

Le développement et la réalisation des programmes de santé publique qui sont des produits de la culture médico-sociale ne peuvent donc se faire performants dans ces univers culturels de l'imaginaire et du réel sans rechercher en amont, le sens caché de certains comportements et discours populaires de la santé ou de la maladie, du sain ou du malsain, du nécessaire ou du contingent, de l'essence ou de l'accident, en tant que ces derniers, noumènes et phénomènes <sup>438</sup>, in-

<sup>436</sup> Yannick JAFFRÉ, « La maladie et ses dispositifs. » pp. 41-68, in Yannick JAFFRÉ et Jean-Pierre Olivier De SARDAN, (dir.), *La construction sociale des maladies*, Paris : Les Presses universitaires de France, 1999, p. 8, Collection : Les champs de la santé. [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) » [consulté le 15 décembre 2009]

<sup>437</sup> Pour Raymond MASSÉ, en effet : « Ce savoir de sens commun délaisse volontiers la quête d'une causalité linéaire cause-effet pour s'accommoder d'une causalité circulaire qui intègre dans une spirale de relations les causes, les circonstances, les contextes, les expressions symptomatologiques et les effets de la maladie. ». In Raymond MASSÉ, « Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux. ». Un article publié dans la revue : *Anthropologie et Sociétés*, vol. 21, n° 1, 1997, pp. 53-72. Numéro intitulé : « Confluences ». Québec : département d'anthropologie, Université Laval, [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », pp. 20 et 23 [consulté le 15 décembre 2009]

<sup>438</sup> Au sens général, le phénomène se rapporte à : « *Ce qui se manifeste ou apparaît, ou aux sens, ou à la conscience* ». Dans son acception épistémologique, le phénomène renvoie à l'ensemble des « *données de l'expérience appréhendées objectivement et construites par l'expérimentation et les instruments* ». Mais, « *opposé à la chose en soi, au noumène* », le terme kantien de phénomène est un « *donné saisi et appréhendé à travers les formes a priori de l'espace et du temps* ». Le noumène est donc ce terme forgé par E. KANT pour désigner ce qui reste une : « *Chose en soi, réalité intelligible, dont nous n'avons aucune connaissance* ». Cf. Jacqueline RUSS et Clotilde BADAL-LEGUIL, *Dictionnaire de philosophie*, Les Références Bordas, Paris, Editions Bordas/SEJER, 2004, pp. 284 et 310.

fluent, soit potentiellement soit réellement, le cours normal d'un état jugé de bonne santé. Dès lors, la prise en compte de l'analyse socio-anthropologique de la construction du phénomène pathogène, dans l'espace social des conceptions ordinaires, peut finalement servir de cadre heuristique pour circonscrire une action de santé publique efficace sur ces croyances populaires.

[267]

## Titre 1. Une anthropologie socioculturelle de la construction du phénomène pathogène

[Retour à la table des matières](#)

La santé et la maladie peuvent aussi être des états culturellement et socialement déterminés <sup>439</sup>. C'est que, les représentations sociocultu-

---

<sup>439</sup> Sylvie FAINZANG souligne notamment que : « *La perception de la frontière entre normal et pathologique répond à un système de représentations donné. Dans certains cas, c'est la situation qui est avant tout perçue comme pathologique (...) et non le corps, et qui doit être réparée. La réparation est donc conçue comme devant être tout autant sociale (sinon plus) que biologique.* ». In Sylvie FAINZANG, « La construction culturelle de la norme et de la pathologie », un article publié dans la revue : *Confrontation entre science et vivant*. Numéro spécial intitulé : « Normal et Pathologique : où se trouve la frontière aujourd'hui ? », (Publication du Pôle Universitaire Européen, Montpellier et Languedoc-Roussillon), 1999, n°1, pp. 9-12, [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », p. 11 [consulté le 15 décembre 2009]. Mais tout en précisant que le concept de « représentation » ou de « croyance sociale » fut inventé par Durkheim, Henri DORVIL reconnaît pour sa part que : « (...) *La représentation se situe de plain-pied dans le rapport entre la pensée collective et la pensée individuelle. C'est le sujet qui construit le réel par la représentation, mais cette construction est profondément liée aux conditions objectives dans lesquelles vit cet individu. Ainsi, suivant la place occupée dans la hiérarchie des classes sociales, des ethnies, des sexes, l'individu va accumuler un stock particulier de connaissances sur l'objet de la représentation.* ». In Henri DORVIL, « Types de sociétés et de représentations du normal et du pathologique : la maladie physique, la maladie mentale » Chapitre 15, pp. 305-332, in Jacques DUFRESNE, Fernand DUMONT et Yves MARTIN, (dir.), *Traité*

relles des causes de la maladie ou des facteurs supposés d'un état de bonne santé sont susceptibles d'influencer les comportements de l'individu dans la gestion qu'il peut avoir de son capital-santé. Ainsi, la diffusion profuse et continue du sens commun des modèles de pensée ou d'interprétation des causes du bonheur et du malheur au sein d'une communauté ethnique, rurale voire urbaine, peut finalement crisper chez ses membres la réception souhaitée de tout projet sociosanitaire de modernisation des mentalités et de déconstruction d'un ordre social habituellement rigide sur ses valeurs traditionnelles. Lorsque celles-ci sont malgré tout confortées dans un rôle de filtre culturel qui filigrane les interactions entre l'individu et l'institution, elles finissent alors par autoriser, à l'intérieur même de certaines pratiques des activités de soins, le passage conjoncturel de la sémiologie habituelle qui les caractérise à la sémiotique institutionnelle du sens commun de la maladie et de la santé.

[268]

### *A\*) Des déterminants socioculturels de la santé et de la maladie...*

[Retour à la table des matières](#)

Les conceptions populaires sur le « sain et le malsain, le bien et le mal » propres aux différents groupes socio-ethniques présents au Bénin sont partie intégrante des déterminants sociaux de la santé et de la maladie dans ce pays. La santé et la maladie sont deux états antagoniques du corps biologique de l'individu pris dans ses interactions avec le corps social et avec son environnement. Le premier état caractéristique de cet antagonisme dyadique de la constitution physique du corps individuel exprime tout autant sa santé physique et mentale que son harmonie spirituelle avec l'ordre social. Le second est la marque

---

*d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie, Québec : Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC), Presses de l'Université de Lyon, 1985, [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », p. 8, [consulté le 17 décembre 2009]*

phénoménale d'une situation potentielle de rupture <sup>440</sup> avec les fondements de type nouméal des ordres du sacré et du temporel. Ainsi, la santé et la maladie, le bonheur et le malheur de l'individu ou de son groupe social sont, dans les conceptions populaires, des grilles de lecture sémiotiques pour comprendre le déterminisme existant entre le particulier et l'universel, entre l'individu, l'ordre social et le sacré. En effet, tout comme l'affirme Yannick Jaffré <sup>441</sup> : « *Si les populations n'ont pas toujours - loin s'en faut - « sanitaire raison » d'agir comme elles le font, elles n'agissent cependant pas sans diverses « raison ». Une première manière de comprendre les conduites des populations consiste à appréhender leurs modes d'interprétations des pathologies.* ».

Partant, plusieurs registres axiologiques de l'interprétation populaire des causes du malheur ou de l'origine du bonheur peuvent être explorés dans cette étude. Ainsi par exemple de la place dans le registre interprétatif des états de santé ou de [269] maladie, du sain et du malsain, de l'essence et de l'accident, du nécessaire et de ce qui est seulement contingent :

---

<sup>440</sup> La maladie est donc une situation de rupture, un moment de discontinuité qui faisait alors dire à **Georges CANGUILHEM** que naturellement : « *Le propre de la maladie c'est de venir interrompre un cours, d'être proprement critique. Même quand la maladie devient chronique, après avoir été critique, il y a un autrefois dont le patient ou l'entourage garde la nostalgie. On est donc malade non seulement par référence aux autres, mais par rapport à soi.* ». In **Georges CANGUILHEM**, *Le normal et le pathologique*, 6<sup>e</sup> Edition Quadrige/PUF, 1996, pp. 86 et 87

<sup>441</sup> **Yannick JAFFRÉ**, « Dynamiques et limites socio-anthropologiques des stratégies de prévention et de contrôle des risques infectieux dans les pays en voie de développement. », in : *La maîtrise des maladies infectieuses, un défi de santé publique, une gageure médico-scientifique*. Paris : Académie des sciences, Rapport sur la science et la technologie, n° 24, 2006, pp. 101-115. [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », op. cit., p. 12

### 1) *Le registre interprétatif du sain et du malsain*

Le sain peut être apprécié ici comme la norme <sup>442</sup> sempiternelle de valeurs intériorisées qui fonde l'ordre sacré des traditions, en tant que celles-ci règlent les conduites humaines et sociales. C'est la quintessence du normal opposé au pathologique. Le sain décrit la ligne de démarcation entre ce que l'ordre social va considérer comme pur afin de discriminer ce qui sera imposé à l'imaginaire collectif comme l'emblème de l'impur. C'est ce qui est autorisé ou toléré et, en tant que tel, jugé favorable à la santé puis la sécurité de l'individu ou d'un groupe social, par rapport à ce qui est supposé malsain et par suite nuisible à la santé, à l'intégrité psychique voire physique ou constitutionnel de l'individu et du corps social tout entier. Le sain est donc la norme de l'acceptation ou de dilution du particulier dans l'universel. C'est le critère de l'harmonie entre le temporel et le spirituel, le corps et l'esprit, l'individu et l'institution, l'unité et l'universalité. Pour

---

<sup>442</sup> **Raymond BOUDON** et alii définissent les normes comme : « Indissociables d'un ordre de valeurs qui dans chaque société oriente les comportements des acteurs et des groupes. ». [Elles] « *Sont des règles qui régissent les conduites individuelles et collectives. Organisées en système, elles constituent un mode de régulation sociale étudié par les sociologues depuis E. Durkheim* ». Cf. **Larousse RÉFÉRENCES**, dictionnaire de la sociologie, (dir.), **Raymond BOUDON** et alii Edition Larousse, op. cit., p. 161. Pour leur part, **Yves ALPE, Alain BEITONE, Christine DOLLO** et alii voient dans la norme sociale : le « *Principe ou modèle de conduite propre à un groupe social ou à une société. Les normes sociales sont conformes à ce qui est communément admis et légitimé par le système de valeurs propre à chaque société ou à chaque groupe social. Les normes sociales sont intériorisées par les individus au cours de la socialisation et régulent les comportements par des sanctions positives ou négatives, formelles ou informelles, quand il y a transgression ou non-conformité. Chez Emile Durkheim, la norme sociale prescrit les comportements conformes à la morale sociale. C'est un fait social extérieure aux individus et qui s'impose à eux, mais l'adhésion à la norme se fait aussi de manière volontaire. Pour les interactionnistes, la norme sociale se construit au cours de l'interaction sociale et elle oriente l'action individuelle.* ». In **Yves ALPE, Alain BEITONE, Christine DOLLO, Jean-Renaud LAMBERT** et **Sandrine PARAYRE**, Lexique de sociologie, Editions Dalloz - 2005, p. 176.

Georges Canguilhem <sup>443</sup> : « *C'est la vie elle-même et non le jugement médical qui fait du normal biologique un concept de valeur et non un concept de réalité [270] statistique [et que] le pathologique, ce n'est pas l'absence de norme biologique, c'est une autre norme mais comparativement repoussée par la vie.* ».

En tant que normes des conduites humaines et sociales, le sain et le malsain jouent également un rôle de préservation de l'ordre social en fondant les tabous, les interdits, les mythes totémiques. C'est dans ce registre interprétatif du sain et du malsain que certains aliments seront considérés comme purs et d'autres impurs ou simplement interdits de consommation. L'aliment pur qu'un esprit sain est censé discerner, apporte forces et bien-être à l'organisme tandis que l'aliment supposé impur dans l'imaginaire collectif est une force d'intoxication allergisante pour l'organisme, une énergie de dissipation, de mussitation, source potentielle de vésanie ou d'insanité pour l'esprit. Chaque groupe socioculturel possède en son sein au moins un interdit alimentaire d'origine totémique ou simplement religieuse. Les proscriptions du malsain concernent également la sexualité de l'individu qui est alors tenu de se conformer aux règles sociales établies. C'est au nom de ces règles traditionnelles du sain et du malsain que se perpétuent les rituels de l'excision <sup>444</sup> au sein de certaines communautés ethniques. Dans les registres populaires traditionnels, une sexualité saine de l'individu exclut également toute vie de débauché ou de fréquentation des lupanars. Bien entendu, ces proscriptions itératives qui sont plutôt des stéréotypes normatifs intériorisés n'enferment pas l'individu dans une sexualité absolument conforme à l'ordre social et traditionnel voi-

<sup>443</sup> **Georges CANGUILHEM**, *Le normal et le pathologique*, 6<sup>e</sup> Edition Quadrige/PUF, op. cit., pp. 81 et 91.

<sup>444</sup> D'après **Laurence PORGÈS** qui cite l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « (...) *En 1997, ce sont près de 130 millions de femmes et de fillettes qui auraient été victimes de mutilations sexuelles dans le monde et, chaque année, 2 millions de fillettes les subissent encore.* ». In **Laurence PORGÈS**, « Un thème sensible : l'excision en Afrique et dans les pays d'immigration africaine », *Afrique contemporaine, Dossier spécial Culture et société*, Trimestriel N° 196, 2000, La documentation Française, p. 50. Toutefois au Bénin, on estime que la pratique de l'excision est de nos jours en forte régression en milieu urbain et ne persisterait dans de moindres proportions que seulement dans certaines localités rurales du pays. Cf. **René Patrick HOUETO**, docteur, pharmacien – entretien du lundi 29 janvier 2011.

re religieux, bien au contraire. Cependant, la préservation de l'ordre social et la conformité des conduites individuelles aux valeurs traditionnelles érigées en normes sociales, s'accompagnent toujours d'une socialisation forte de l'individu. Autant dire, moins le degré de socialisation est forte, et plus l'individu choisit librement les conduites qui organisent sa vie. En effet, la socialisation de l'individu implique un statut social reconnu par les autres membres de la [271] communauté dans un jeu de rôle ou de responsabilités vis-à-vis de celle-ci. Ainsi, les comportements à risque de l'individu dans le choix de sa sexualité ne sont pas appréciés à travers un jugement de fait mais interprétés sous le registre d'un système de valeur morale <sup>445</sup> se rapportant en l'occurrence au malsain. Face au risque de subir une nouvelle désocialisation, ce jugement de valeur enferme, en conséquence, dans la clandestinité les individus affectés par la maladie du sida ou qui en présentent une séroprévalence positive. L'aversion du malsain concerne aussi les rapports interindividuels en présence de certains malades soupçonnés de possession par une force démoniaque. En témoigne ici le malade épileptique dont la bave spumescence qui accompagne ses périodes de crises ou de convulsions est jugée particulièrement malsaine et potentiellement contagieuse dans l'inconscient collectif. Chaque groupe social adopte alors des rituels de purification lorsqu'il s'est avéré qu'un ou plusieurs de ses membres ont été exposés aux épisodes convulsifs et spumeux du malade épileptique. C'est le cas des rituels de fumigation du corps courants chez les Nagot <sup>446</sup> pour dissiper toute marque de contact avec la bave du sujet malade ainsi que l'émanation du malsain et l'esprit démoniaque que celle-ci est censée répandre. Dans leur analyse anthropologique des nosographies profanes relatives à l'épilepsie en pays Dogon au Mali, Roberto

---

<sup>445</sup> Pour rappel : « (...) Environ 15% de la population, perçoivent le VIH/SIDA comme une sanction surnaturelle » alors que « 82% estiment qu'elle est une conséquence de l'immoralité. » Dans tous les cas, « la personne atteinte est considérée comme une victime de son comportement répréhensible et la société développe, envers elle, un sentiment de désapprobation et d'ostracisme. ». In **République du Bénin** et **PNUD**, Rapport sur le Développement Humain au Bénin, VIH/SIDA et Développement Humain, op. cit., p. 30.

<sup>446</sup> Groupe sociolinguistique présent un peu partout au Bénin notamment dans les départements de la Donga, des Collines, et de l'Ouémé et qui regroupe les ethnies Idaitcha, Idoumin, Ifè, Itcha, Manigri, Tchabè, Yoruba, etc.

Beneduce <sup>447</sup> et alii relèvent justement que : « *L'anomalie est attribuée à la présence d'une vie parallèle qui se déroule à l'intérieur de l'organisme, et qui entre en conflit avec ses fonctions normales mettant en crise l'équilibre précédent ; et l'épilepsie est en effet définie comme « une maladie vivante ».* ».

[272]

Dans le prolongement de ce système de valeur, la prégnance d'une vision essentialiste de l'ordre des choses dans certaines conceptions populaires fait parfois obstacle à la compréhension et l'acceptation de tout événement accidentel.

## 2) *Le registre interprétatif de l'essence et de l'accident*

Les concepts philosophiques <sup>448</sup> de l'essence et de l'accident peuvent aussi servir de cadre analytique pour décrypter certaines représentations sociales relatives au normal et au pathologique. L'essence désigne la nature spécifique et permanente d'une chose, d'un être alors que l'accident caractérise ce qu'il y a d'artificiel, de non fonda-

---

<sup>447</sup> **Roberto BENEDEUCE, Ousmane SALAMANTA, Barbara FIORE**, « L'épilepsie en pays Dogon. Une perspective anthropologique et médicale » chapitre 6, pp. 193-243, in **Piero COPPO, Arouna KÉITA**, (dir.), *Médecine Traditionnelle. Acteurs, itinéraires thérapeutiques*, Editions e, op. cit., p. 208.

<sup>448</sup> **Jacqueline RUSS et Clotilde BADAL-LEGUIL** fournissent les définitions suivantes des concepts philosophiques d'essence et d'accident : Par essence considèrent-elles, il faut entendre au sens général et par opposition d'un côté à Accident, un ensemble d' « *éléments constitutifs d'un être, par opposition aux modifications superficielles.* » et de l'autre, « *par opposition à l'existence : ce qu'est une chose, sa nature, indépendamment du fait d'être ou par opposition à lui.* ». Mais d'après elles, l'accident dans une acception métaphysique est : « *ce qui peut être supprimé sans que disparaisse la chose elle-même : ce qui n'appartient pas à l'essence de cette chose.* ». Aristote, rappellent-elles, le définit ainsi : « *"Accident se dit de ce qui appartient à un être et peut en être affirmé avec vérité, mais n'est pourtant ni nécessaire, ni constant [...]. Accident s'entend encore d'une autre façon : c'est ce qui, fondé en essence dans un objet, n'entre cependant pas dans sa substance."* (*La Métaphysique, ...*) ». Cf. **Jacqueline RUSS et Clotilde BADAL-LEGUIL**, *Dictionnaire de philosophie*, Les Références Bordas, Paris, Editions Bordas/SEJER, op. cit., pp. 9 et 132.

mental et de temporel dans le cours normal d'une chose ou l'existence d'un être. En effet, la persistance dans ce pays des pratiques coutumières <sup>449</sup> propres [273] à certaines communautés ethniques, en ma-

---

<sup>449</sup> Dans sa parution du 9 octobre 2009, le quotidien béninois *Le Matinal* qui reprend une source de l'Agence de presse de l'ONU (IRIN) rapporte les mêmes faits sociaux sous le titre de « Sorcellerie et infanticide rituel dans le Nord du Bénin : le drame des « enfants mal nés » ». Il s'agit ici de rappeler les faits bruts pour étayer cette analyse sociologique des pratiques traditionnelles consistant dans l'élimination des nouveau-nés qualifiés de mal nés par les règles coutumières. Selon le quotidien : « *Pour de nombreuses communautés du nord du Bénin, les bébés qui, à leur naissance, ne se présentent pas par la tête, le visage tourné vers le ciel, sont des enfants sorciers. La tradition exige qu'ils soient sacrifiés. Les nouveau-nés malchanceux sont alors confiés à des « réparateurs », qui peuvent décider de leur fracasser le crâne contre un tronc d'arbre (...). Chez les Baatonous, les Bokos et les Peuls, les nourrissons dont la naissance ou le développement n'obéit pas à certaines « normes tribales » sont maudits et doivent par conséquent être sacrifiés. Avec des parents compatissants, l'enfant sera simplement abandonné dans la brousse, où il finira par mourir ou par être trouvé et sauvé par une âme charitable.* ». D'après le quotidien qui reprend les propos des acteurs institutionnels et humanitaires engagés dans la lutte contre ces rituels infanticides, l'enfant est qualifié de « mal né » et condamné à l'élimination physique ou à l'abandon, lorsque sa mère décède en couche, ou lorsqu'à sa naissance il se présente par les épaules, ou par le siège, ou si après la naissance, il ne fait pas ses dents avant ses premiers huit mois, ou encore lorsque sa première dent apparaît sur la mâchoire supérieure. Pour les acteurs humanitaires cités par le quotidien, les enfants sauvés de ces pratiques rituelles restent traumatisés toute leur vie d'autant qu'ils sont toujours faits responsables des malheurs qui surviennent à leur famille. Les railleries du genre « *Sorcier, tu ne peux pas me manger !* » dont ils ne cessent aussi de faire l'objet dans tout l'espace social témoignent également de l'intensité et de la matérialité de ces allégations répandues dans certaines croyances populaires qui prévalent au Nord du Bénin. Cf. *Le Matinal*, parution du 9 octobre 2009, « Sorcellerie et infanticide rituel dans le Nord du Bénin : le drame des « enfants mal nés » », source citée par le quotidien : IRIN (Agence de presse de l'Onu). Selon l'un de nos enquêtés, **Jean-Paul ADIKONOU** : « *L'infanticide rituel est une pratique encore courante dans certaines communautés socioculturelles au Nord du Bénin. C'est le cas de la communauté Peule et celle des Bariba. Diverses raisons sont invoquées pour que le nouveau-né soit indésirable et rejeté comme un diable. Ainsi par exemple lorsque l'enfant naît avec les dents, ou avec les pieds jumelés. Chez la communauté Peule, les nouveau-nés jumeaux sont encore mal vus et l'un d'eux est généralement supplicié en vertu de ces pratiques rituelles.* ». Cf. **Jean-Paul ADIKONOU** – Entretien du 30 janvier 2011.

tière par exemple de mise à mort du nouveau-né qui n'intégrerait pas les normes supposées substantielles de toute naissance au monde, est assez intéressante pour comprendre certains critères communautaires du normal et du pathologique. De fait, l'opposition conceptuelle entre l'essence et l'accident s'apparente dans certains us et coutumes comme chez les Bariba <sup>450</sup> du Nord du Bénin, à l'opposition existentielle entre le normal et le pathologique. Ainsi, pour être considéré comme normal et donc en bonne santé pour lui-même et sans danger pour son entourage, le nouveau-né est censé naître non seulement vivant et viable mais aussi conforme aux lois de la nature. Les lois de la nature humaine font que le nouveau-né naît toujours – sauf fait accidentel – la tête en premier. Mais lorsque c'est le fait accidentel qui l'emporte sur le cours normal des choses, le nourrisson né les membres ou le postérieure en premier, est alors condamné purement et simplement par les us et coutumes à l'élimination physique décidée et immédiatement mise en œuvre par le conseil de famille ou les représentants des ordres religieux et traditionnel. C'est le cas aussi du nouveau-né avec une malformation perceptible sur le corps ou encore avec des particularités visibles telles que l'apparition tardive de ses premières dents de lait. Cette pratique millénaire que d'autres groupes socio-culturels tendent progressivement à abandonner reçoit dans les croyances populaires l'explication selon laquelle le nouveau-né qui ne remplirait pas en apparence les conditions essentielles d'une naissance jugée normale est l'incarnation d'un esprit maléfique, d'un sorcier en puissance dont l'existence, si rien n'y est fait pour la contrer, menacerait la vie, [274] l'harmonie et l'équilibre social de toute la communauté. Ces croyances populaires peuvent ainsi être qualifiées de visions essentialistes <sup>451</sup> dans la mesure où elles ne font aucune place à

<sup>450</sup> Groupe sociolinguistique qu'on retrouve surtout au Nord du Bénin à Parakou et plus particulièrement à Nikki dans le département du Borgou.

<sup>451</sup> Il pourrait s'agir, en effet, dans ces croyances populaires d'un refus de « normes nouvelles » contrairement à ce que pouvait penser **Georges CANGUILHEM** dans sa définition de « l'être normal » car selon lui : « *L'homme normal c'est l'homme normatif, l'être capable d'instituer de nouvelles normes, même organiques. Une norme unique de vie est ressentie privativement et non positivement. Celui qui ne peut courir se sent lésé, c'est-à-dire qu'il convertit sa lésion en frustration, et bien que son entourage évite de lui renvoyer l'image de son incapacité, comme lorsque des enfants affectueux se gardent de courir en compagnie d'un petit boiteux, l'infirmes sent bien par quelle retenue et*

l'élément accidentel dans l'acceptation des événements habituels du cours normal et donc forcément essentiel de l'existence. Mais en niant le fait accidentel à travers cette pratique millénaire, l'ordre social des valeurs religieuses et traditionnelles en vient, par voie de conséquence, à le substantier finalement en faisant ainsi du handicap, du pathologique, et de certaines particularités propres au nouveau-né, ses caractéristiques sanitaires essentielles et donc permanentes.

Dans cet imaginaire collectif du normal et du pathologique se trouvent alors caractérisées les craintes psychosociales relatives à une certaine anomie du système habituel des valeurs traditionnelles et dont le degré d'entropie peut être déterminé par la portée psychologique sur l'humain supposé « normal » de l'événement porteur de situation dite d'anomalie. Or, pour Georges Canguilhem <sup>452</sup>, l'anomalie serait naturellement : « *Le fait de variation individuelle qui empêche deux êtres de pouvoir se substituer l'un à l'autre de façon complète.* ».

C'est le point de départ d'une nouvelle norme biologique, voire sociétale. Autrement dit, Georges Canguilhem voit finalement dans l'anomalie un véritable processus de différenciation individuelle par rapport à une moyenne communément admise, une quantité nouvelle de variation d'une norme habituelle, un potentiel ontologique de mutation des formes possibles de l'être. Il l'énonce clairement ainsi : « *On voit donc finalement en quoi une anomalie et spécialement une mutation, c'est-à-dire une anomalie d'emblée héréditaire, n'est pas pathologique du fait qu'elle est anomalie, c'est-à-dire écart à partir d'un type spécifique, défini [275] par un groupement des caractères les plus fréquents sous leur dimension moyenne. Sans quoi il faudrait dire qu'un individu mutant, point de départ d'une espèce nouvelle, est à la fois pathologique parce qu'il s'écarte, et normal parce qu'il se maintient et se reproduit.* ».

Mais cette psychose sociale due à l'émergence de l'événement anormal peut se comprendre plutôt comme une soudaine aperception chez l'homme dit « normal » de sa vulnérabilité malgré tout devant un

---

*quelles abstentions de la part de ses semblables toute différence est apparemment annulée entre eux et lui.* ». In **Georges CANGUILHEM**, *Le normal et le pathologique*, 6<sup>e</sup> Edition Quadrige/PUF, op. cit., pp. 87 et 88

<sup>452</sup> **Georges CANGUILHEM**, *Le normal et le pathologique*, 6<sup>e</sup> Edition Quadrige/PUF, op. cit., pp. 85 et 91.

cas pathologique auquel il échappe pourtant et voudrait si bien encore y échapper qu'il se prend de panique, en supprimant, en éliminant, en interdisant, en excluant, par tous moyens, toutes les causes d'erreur, toutes les failles possibles. Ainsi, au contraire de ce que pouvait soutenir Georges Canguilhem <sup>453</sup>, l'homme normal dans ces conceptions populaires dédaigne l'épreuve de la pathologie, de la discontinuité, de l'anormal pour se faire une preuve véritable et permanente de sa santé.

Somme toute, cet espace socioculturel des conceptions axiologiques du sain et du malsain, du normal et du pathologique est en réalité l'espace sociétal du biopouvoir au sens même de Michel Foucault à telle enseigne que les lois de la sélection naturelle favoriseraient toujours les seuls êtres qui intègrent de fait les stéréotypes normatifs qui caractérisent tant la société majoritaire où serait donc exclu l'homme supposé « anormal ».

---

<sup>453</sup> En effet, **Georges CANGUILHEM** affirmait, pour sa part, que l'homme dit normal ne pouvait longtemps se porter bien dans un monde où il y a des maladies puisque vis-à-vis d'eux, il finira alors par se poser des questions inépuisables sur ses propres limites, sur ce qui le menacerait, sur ce qui l'achèvera et pour cela il a besoin d'un certain cheminement vers la maladie comme preuve inestimable de ses propres ressources vis-à-vis de son capital-santé. Il le dit ainsi : alors il : « *Naît chez l'homme normal une inquiétude d'être resté normal, un besoin de la maladie comme épreuve de la santé, c'est-à-dire comme sa preuve, une recherche inconsciente de la maladie, une provocation à la maladie. La maladie de l'homme normal c'est l'apparition d'une faille dans sa confiance biologique en lui-même.* ». Mais quand advient le moment de la discontinuité, c'est-à-dire le temps de la maladie, l'instant qui fait passer de l'être normal à l'étant pathologique, l'homme dit normal est-il encore normal malgré la discontinuité ? **Georges CANGUILHEM** répondit par l'assertion qui suit : si pour Platon : « (...) « *Aucun artiste ne se trompe ; car il ne se trompe qu'autant que son art l'abandonne, et en cela il n'est plus artiste* » (...). *Nous dirons que l'homme sain ne devient pas malade en tant que sain. Aucun homme sain ne devient malade, car il n'est malade qu'autant que sa santé l'abandonne et en cela il n'est pas sain. L'homme dit sain n'est donc pas sain. Sa santé est un équilibre qu'il rachète sur des ruptures inchoatives. La menace de la maladie est un des constituants de la santé.* ». Cf. **Georges CANGUILHEM**, *Le normal et le pathologique*, 6<sup>e</sup> Edition Quadrige/PUF, op. cit., pp. 216-217.

[276]

### 3) *Le registre interprétatif du nécessaire et du contingent*

Est nécessaire, ce qui ne peut être autrement que ce qu'il est. C'est ce qui arrive sans qu'il soit possible d'en modifier le cours normal. L'événement nécessaire exprime par l'effet de l'enchaînement causal des faits une occurrence devenue inévitable. C'est ce qui est indépendamment de ce qui peut être ; c'est ce qui arrive par opposition à ce qui peut ou ne peut pas arriver et qu'il faut alors appeler contingence.

La portée philosophique de ces deux concepts <sup>454</sup> peut naturellement servir de cadre de référence cognitif pour restituer dans cette analyse socio-anthropologique le sens caché de certaines interprétations populaires du phénomène pathologique. L'événement pathologique marque en effet, une rupture avec le cours normal des choses et désigne, en tant que tel, l'événement accidentel dont le caractère d'occurrence est forcément contingent puisque ce fait accidentel pouvait bien ne pas se produire. Il n'est donc pas nécessaire.

---

<sup>454</sup> **Jacqueline RUSS** et **Clotilde BADAL-LEGUIL** restituent les définitions suivantes des deux concepts. Par nécessaire, il faut entendre au sens général ce qui : « *Ne peut pas ne pas être ; qui ne peut être autrement.* ». En Logique, affirment-elles, le concept se rapporte d'une part, à ce qui : « *Ne peut être conçu autrement selon les lois de la pensée (principes d'identité, de non-contradiction, etc.),* et d'autre part, à ce qui : « *Une hypothèse, une condition ou une proposition étant admises, ne peut pas ne pas suivre (ex. : dans un syllogisme, la conclusion des prémisses)* ». En métaphysique, le concept « nécessaire » précisent-elles : « *S'applique, selon le rationalisme, à l'ordre et à l'enchaînement des causes et des effets dans le monde ou bien à Dieu, en tant qu'il ne dépend pour exister d'aucune autre cause ou condition.* ». Tandis qu'en Morale, il désigne ce qui est « *obligatoire* » en vertu des règles d'ordre moral et qu'en physique et sciences de la nature, il correspond à ce qui : « *découle de lois et de relations invariables* ». Par opposition au fait nécessaire, le fait contingent désigne au sens général soulignent-elles : « *Ce qui peut être conçu comme pouvant être ou ne pas être.* ». Dans cette acception générale, la contingence désigne alors : « *Le caractère de ce qui n'est pas nécessaire et n'a pas en soi sa raison d'être.* ». Cf. **Jacqueline RUSS** et **Clotilde BADAL-LEGUIL**, *Dictionnaire de philosophie*, Les Références Bordas, Paris, Editions Bordas/SEJER, op. cit., pp. 75-76 et p. 278.

Mais dans les conceptions populaires, si le fait accidentel existe, il a surtout une occurrence inévitable. C'est donc un fait nécessaire. En effet, ces conceptions populaires de l'interprétation du fait pathologique renvoient à un modèle de pensée de l'ordre social où les comportements individuels seraient inmanquablement soumis à un déterminisme naturel voire surnaturel, dispensateur de rétributions salutaires ou de sanctions sociales, soit par la volonté des mânes d'un ancêtre totémique, soit par le pouvoir mystique d'un sorcier scélérat ou encore par la toute [277] puissance des dieux. Ainsi, dans les conceptions populaires, rien de normal ou de pathologique ne se produit dans tout destin humain sans qu'il soit à l'avance ou mérité, ou programmé, provoqué naturellement ou surnaturellement.

Des notions sociolinguistiques<sup>455</sup> exprimées dans les vocables du vernaculaire *Axovi* en *Fongbé* et *Akoba* en *Yoruba*, c'est-à-dire le phénomène accidentel en tant qu'il est provoqué par une raison transcendante, rendent bien compte de cette réalité conceptuelle et sociologique du fait pathologique dans les représentations populaires. Il n'est donc pas rare chez les *Yoruba* de parler d'*Akoba* et chez la communauté *Fon* d'évoquer l'action d'*Axovi* lorsqu'un fait accidentel survient. Ainsi, un lien de causalité nécessaire est toujours établi entre le fait pathologique et le type de rapports entretenus par le ou les sujets victimes avec le reste de la communauté ainsi que par rapport à la nature de leurs conduites vis-à-vis des normes socialement admises. C'est également ce modèle d'interprétation sociale qui amène les communautés fortement enclines aux cultures traditionnelles à se persuader parfois d'une certaine idée de causalité nécessaire entre une longue insolation et l'apparition des symptômes du paludisme. Le même registre populaire des interprétations étiologiques du phénomène pathologique s'applique aux maladies vénériennes telles que le sida dont certaines conceptions populaires assimilent les manifestations morbides aux châtiments<sup>456</sup> des dieux ou des ancêtres à l'encontre du

<sup>455</sup> La transposition en Français de ces notions vernaculaires a été effectuée avec la collaboration de l'instituteur **Alexandre FACHEHOUN**, cf. Entretien du 30 janvier 2011. (Le vocable *Axovi* peut phonétiquement s'écrire *Ahovi*).

<sup>456</sup> D'après le Rapport sur le développement humain au Bénin en date de 2005 : « *La conception selon laquelle le VIH/SIDA est une sanction des forces surnaturelles, suite à une transgression des lois de la nature ou de celles établies par les ancêtres, fait école surtout en milieu rural. La personne séropositive*

malade ainsi suspecté d'avoir transgressé quelques tabous d'un ordre social alors immuable.

Somme toute, le système d'interprétation ordinaire du normal et du pathologique reste une variable non négligeable dans la prise en charge institutionnelle des problèmes sanitaires et du développement d'une culture nouvelle de santé [278] publique. Dans cette même optique, Monique Van Dormael<sup>457</sup> souligne à propos des missions d'expertise de santé publique dans les pays en développement que : « *Les services à eux seuls, même lorsqu'ils rationalisent et modélisent au mieux, n'arrivent pas à cerner ni à vaincre les problèmes. Bien plus, lorsqu'ils ne tiennent pas compte des perceptions et des comportements des gens, les experts sont conduits à proposer des solutions inadaptées.* ».

### ***B\*) Aux interprétations sémiologiques du système sanitaire***

[Retour à la table des matières](#)

Dans la société béninoise caractérisée par le pluralisme complémentaire des itinéraires thérapeutiques, la maladie, ses causes et ses symptômes sont interprétés non seulement par la sémiologie médicale des institutions sanitaires mais aussi par une sémiologie profane des ordres religieux et traditionnel. Cette complémentarité des pratiques médicales – modernes et traditionnelles – conduit parfois au syncrétisme des diagnostics de sorte que les praticiens de la médecine traditionnelle n'hésiteront pas à recourir aux terminologies biomédicales pour identifier la maladie et situer leurs propres compétences par rap-

---

*est identifiée comme un damné sur lequel s'abat une malédiction. Considérée comme persona non grata, la personne atteinte peut devenir la proie des praticiens véreux de la science divinatoire lorsqu'elle est en quête d'une guérison surnaturelle.* ». In **République du Bénin** et **PNUD**, Rapport sur le Développement Humain au Bénin, VIH/SIDA et Développement Humain, op. cit., p. 31

<sup>457</sup> **Monique VAN DORMAEL**, « Identités professionnelles en médecine générale et en soins de santé primaires » pp. 117-135, in **Bernard HOURS**, (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, KARTHALA, op. cit., p. 127

port à celles du médecin, de même que le champ médical recourt régulièrement à la sémiotique étiologique traditionnelle pour se récuser finalement sur le terrain des compétences thérapeutiques des médecines traditionnelles.

En effet, lorsque la prise en charge médicale du patient met finalement devant un échec thérapeutique, les professionnels de santé et l'institution médicale qui les couvrent préfèrent alors recourir à l'imaginaire collectif pour expliquer non pas l'échec des thérapeutiques médicales administrées, non pas l'absence de matériels médico-techniques ou l'insuffisance du plateau technique et des ressources humaines spécialisées mais pour justifier que le cas pathologique présenté [279] s'apparente plutôt à une attaque sorcellaire ou maléfique qui dépasse alors le cadre des compétences biomédicales. Le cas, n'est donc pas rare, des professionnels des soins de santé qui recommandent à leur patient de privilégier plutôt la voie thérapeutique traditionnelle lorsque certaines interprétations sémiologiques de la maladie font penser en dernier lieu à une action occulte non décelable par les techniques biomédicales et radiologiques. C'est le cas aussi, lorsqu'il n'existe pas de remède ou de prise en charge médicale connue pour traiter le malade à l'hôpital. Ainsi, les déterminants sociaux de la santé et de la maladie influent non seulement sur les comportements sanitaires de l'individu mais aussi sur l'approche biomédicale des institutions sanitaires.

De fait, l'institution médicale ou paramédicale utilise le système des représentations sociales de la santé et de la maladie de deux manières. D'abord dans une perspective <sup>458</sup> culturelle, le corps médical ou paramédical a souvent recours au système dominant du sens commun du normal et du pathologique pour s'inscrire à son tour dans l'univers culturel et diffus des accusations sorcellaires sur l'origine de la maladie. Ainsi, la perspective culturelle qui met le primat sur la vision culturelle du monde telle qu'elle prédomine, à un moment donné, dans toute organisation humaine, permet à l'institution sanitaire d'invoquer, en dernière analyse, la sémiologie profane utilisée systé-

---

<sup>458</sup> Pour les deux perspectives « culturelle » et « calculatrice » propres aux théories néo-institutionnelles, voir : **Peter A. HALL, Rosemary C. R. TAYLOR**, « La science politique et les trois néo-institutionnalismes ». In : *Revue française de science politique*, 47<sup>e</sup> année, n° 3-4, (Traduit de l'Anglais par Jean-François Baillon), op. cit.

matiquement dans l'inconscient collectif, pour expliquer au patient en échec thérapeutique à l'hôpital, l'origine sorcellaire probable ou les causes mystiques possibles de sa maladie. La perspective culturelle permet finalement au corps médical ou paramédical d'emprunter les mêmes registres d'interprétation du normal et du pathologique que les profanes et usagers de l'institution sanitaire. En s'inscrivant ainsi dans une logique de correspondance sémiotique et culturelle avec les savoirs populaires, l'institution sanitaire parvient alors, malgré le contexte de crise de ses effectifs et de ses moyens techniques, à légitimer sa position de service public des soins de santé ou de terre d'élection de la biomédecine. Ensuite dans une perspective calculatrice, l'institution sanitaire utilise le système des référents traditionnels de [280] la santé et de la maladie afin de mieux inciter la population à opter pour la complémentarité des réponses biomédicale et traditionnelle. En effet, la perspective calculatrice privilégie une attitude stratégique des acteurs de manière à agir toujours efficacement dans le sens des intérêts, par eux, escomptés. Ainsi, en se servant à la fois des registres d'interprétation populaires du normal, du pathologique et du discours de la complémentarité nécessaire des approches biomédicale et traditionnelle des soins de santé, l'institution sanitaire parvient utilement à conforter dans l'inconscient collectif l'idée selon laquelle il y aurait finalement deux types de maladie : les maladies de l'hôpital, c'est-à-dire, celles qui disposent d'une réponse ou d'une prise en charge biomédicale effective voire efficace ; et les maladies provoquées, autrement dit les maladies non microbiennes, non virales, et non constitutionnelles mais dont l'origine reste autant mystérieuse que la survenue. Pour ces maladies, l'hôpital ou le cabinet médical ne prétend pas disposer de réponses techniques et pasteuriennes mais s'affirme, en revanche, compétent en dehors de ces cas qui font naturellement appel à l'imaginaire collectif de la sorcellerie, des envoûtements, et des possessions par un mauvais génie. Ces univers culturels des représentations de la santé et de la maladie ne circonscrivent pas seulement le champ des possibles et des compétences de l'institution sanitaire mais aussi l'espace de développement de l'action publique de la santé face aux croyances populaires. Aussi André Turmel <sup>459</sup>

---

<sup>459</sup> André TURMEL, « Le retour du concept d'institution (1997) », in André TURMEL, (dir.), *Culture, institution et savoir. Culture française d'Amérique*, pp. 1-24. Québec : Les Presses de l'Université Laval, op. cit., [en ligne], texte

pouvait-il présupposer à juste titre à propos des IST que : « *L'institution sanitaire contre le sida n'a nul besoin d'un établissement spécifique pour légitimer son intervention : son efficacité se situe ailleurs, à l'interface des gestions médicale et politique de l'infection* ».

[281]

## Titre 2. La santé publique, une action publique multisectorielle sur les croyances populaires

[Retour à la table des matières](#)

La santé de l'individu entretient des liens incontestables avec l'espace social des croyances collectives. En effet, l'individu pense, prévient et soigne ses problèmes de morbidité toujours dans une corrélation psychosociale avec ses référents socioculturels du normal et du pathologique. Ainsi, le développement de la santé publique à l'intérieur d'un tel espace social appelle pour son efficacité un ajustement nécessaire avec ces univers culturels. Dans ce contexte, la santé publique ne saurait donc se cantonner seulement à promouvoir le bien-être physique et mental des peuples mais aussi le progrès social et l'évolution nécessaire de certaines mentalités en tant que celles-ci constituent objectivement des facteurs de risque pour la santé des populations concernées. Elle peut aussi promouvoir le changement social ainsi que l'affirme Raymond Massé <sup>460</sup> : « *La santé publique n'est pas qu'une institution ou un système de gestion de la prévention ; elle est aussi un système de croyances, de valeurs qui définissent une nouvelle moralité. Mais la santé publique est culture aussi, dans un sens plus profond, en tant que forme symbolique de l'ordre social. En ce sens, les fondements éthiques des interventions préventives pourraient*

---

disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », p. 14, [consulté le 10 décembre 2009].

<sup>460</sup> **Raymond MASSÉ**, « La santé publique comme projet politique et projet individuel. », in **Bernard HOURS**, (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, KARTHALA, op. cit., p. 58.

*être relus à travers l'effort fait par les diverses sociétés pour penser et imposer un ordre aux comportements liés au pur et à l'impur (Douglas 1966). ».*

La santé publique dont l'action dans les États est généralement globale notamment avec la participation proactive des institutions internationales d'aide au développement et de santé des peuples ne peut effectivement réussir ses missions sociales d'éducation sanitaire sans tenir compte des caractéristiques locales des populations mobilisées. Ces caractéristiques locales interpellent en tout point la primauté d'une action publique de sensibilisation et d'éducation participatives des populations pour finalement déverrouiller certains obstacles culturels des croyances populaires de la santé, de la maladie et de la vie.

[282]

### **A\*) *L'ajustement nécessaire des programmes de santé publique à leur contexte local***

[Retour à la table des matières](#)

La santé publique diffuse, avant tout dans les sociétés modernes, la philosophie du savoir-vivre à travers un modèle cohérent de comportements sanitaires à visées politiques homogènes dans le monde afin de préserver la santé collective et l'équilibre socioéconomique des espaces territoriaux. Pour sa part, Didier Fassin<sup>461</sup> relève justement que : « (...) *La santé publique semble donc parfaitement s'inscrire dans ce cadre, puisque, d'une part, elle prétend imposer des normes individuelles de conduites saines et, d'autre part, elle organise la connaissance épidémiologique et l'administration sanitaire des collectivités humaines.* ».

---

<sup>461</sup> **Didier FASSIN**, « Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie », in **Francine SAILLANT** et **Serge GENEST**, (dir.), *Anthropologie médicale. Avantages locaux, défis globaux*, Chapitre 14, pp. 383-399. Québec : Les Presses de l'Université Laval ; Paris : Anthropos, 2005, Collection Sociétés, cultures et santé. [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », p. 13 [consulté le 20 décembre 2009]

Pourtant, les programmes de santé publique ne remplissent pas partout ce contrat d'homogénéité des rationalités à cause de certaines caractéristiques locales d'ordre culturel et économique. En effet, les populations ne réservent pas toujours le même accueil aux programmes et missions de santé publique selon qu'il s'agit des pays développés ou des pays en développement. La réception des projets de santé publique dans les pays en développement est, de fait, plus stochastique que dans les pays développés, en raison notamment des réalités socioéconomiques et du contexte social prédominant des spécificités culturelles locales. Ainsi, le développement des actions de santé publique dans l'espace social et culturel béninois a souvent suscité en amont, des missions de faisabilité et d'adaptation à leur environnement socioculturel. Ces programmes d'adaptation culturelle et socioéconomique des projets de santé publique concernent autant la guérison que la prévention des problèmes sanitaires des populations. En matière de santé curative, l'objectif d'ajustement interpelle davantage les conditions socioéconomiques et le contexte de paupérisation qui caractérise dans ce pays la plus grande partie de la population. Ainsi, la ruralisation par exemple des soins de [283] santé primaires (SSP) dans les pays en développement depuis l'Initiative <sup>462</sup> de Bamako en 1987 avait pour objectif de rendre accessibles aux plus démunis et aux plus vulnérables les soins élémentaires de santé publique. Cette initiative des SSP, en mettant l'accent sur l'accessibilité des populations notamment rurales aux établissements des soins de santé par une politique d'autofinancement participatif de ceux-ci et de réduction du prix des médicaments est bien la preuve d'un ajustement structurel des programmes de santé publique à leur contexte local.

Mais l'ajustement nécessaire des programmes de santé publique à leur environnement socioculturel soulève d'autant plus de difficultés

---

<sup>462</sup> Pour rappel, l'Initiative de Bamako avait deux objectifs : « - Renforcer le financement et la gestion des activités de soins de santé primaires au niveau local, notamment celles qui visent à satisfaire les besoins des femmes et des enfants, en utilisant le système de financement par l'utilisateur et de recouvrement de coûts, fondé sur la vente de médicaments essentiels qui constituera un point d'entrée - ; Promouvoir l'autosuffisance dans le domaine de l'approvisionnement en médicaments essentiels par le biais de la participation communautaire. ». In **Martine AUDIBERT, Jacky MATHONNAT et Éric de ROODENBEKE**, (dir.), *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, op. cit., p. 120

qu'il y a de barrières linguistiques ou vernaculaires. En effet, les programmes de santé publique sont élaborés dans des langues véhiculaires accessibles souvent à une minorité d'individus notamment ceux qui ont acquis un niveau d'instruction suffisant soit par leur scolarisation, soit par l'alphabétisation. Or, seulement 35,4% de la population béninoise sont aujourd'hui alphabétisés <sup>463</sup>. En outre, l'absence parfois de correspondance terminologique voire sémiotique entre la langue véhiculaire empruntée par les acteurs de santé publique et les langues vernaculaires des populations concernées par les programmes sanitaires ne joue pas toujours en faveur d'une meilleure sensibilisation des individus autour des préoccupations sociales à grands enjeux de santé publique. En témoignent les dénominations véhiculaires relatives à l'épidémie du sida et du virus correspondant à cette maladie : le Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH). Aucune langue vernaculaire des nombreuses communautés locales au Bénin ne dispose d'une occurrence lexicale appropriée pour désigner et représenter le concept associé au VIH et encore moins à sa maladie : le sida. Tout au plus, certaines associations [284] nosologiques reprenant une nomenclature hasardeuse des maladies opportunistes du sida permettent à quelques-uns de se faire une idée des manifestations morbides de cette infection et de sa réalité en tant que préoccupation sociale.

Cette absence de conceptualisation vernaculaire souvent à propos de certaines maladies émergentes comme le sida crée finalement dans l'inconscient collectif des zones d'ombre naturellement propices à une situation d'incertitude que savent si bien saisir les thérapeutes néo-traditionnels, découvreurs autoproclamés de médicament contre le sida. En effet, dans un contexte aussi marqué de vide conceptuel ou linguistique sur la maladie, il peut paraître aisé de guérir d'une maladie opportuniste du sida sans en avoir même contracté l'infection, si auparavant aucune notion caractéristique indépendante de celles désignant les maladies opportunistes ne permet alors d'identifier et de désigner en vernaculaire la maladie ou le virus du sida. Ainsi,

---

<sup>463</sup> Selon le rapport sur le développement humain au Bénin en date de 2005, reprenant une source du Rapport National sur le Développement Humain (RNDH) Enquête 2005, 43,4% des hommes et 26,4% des femmes sont alphabétisés au Bénin pour un taux de 35,4% sur l'ensemble de la population béninoise. Cf. **République du Bénin** et **PNUD**, Rapport sur le Développement Humain au Bénin, VIH/SIDA et Développement Humain, op. cit., p. 194.

l'ajustement nécessaire des programmes de santé publique à leur contexte local en matière de prévention passe également par le travail de conceptualisation vernaculaire des référents médicaux constamment utilisés notamment auprès des populations dites analphabètes. Certes, le recours à un système de communication graphique ou aux techniques de projection par images-vidéo et par reproduction théâtrale permet aux acteurs de santé publique d'informer les populations cibles mais ces campagnes d'information restent encore trop superficielles<sup>464</sup> ou plutôt cosmétiques dans bien des cas. En effet, ces campagnes d'information utilisent l'image de la cruauté empruntée à certaines scènes de la vie ordinaire dans le but de susciter à la fois le sentiment de peur, l'empathie et la prise de conscience des populations cibles. Si dans la réalité celles-ci se formalisent généralement de la violence des images ou de la trame des [285] expressions scéniques en prenant factuellement conscience de l'existence du danger annoncé, elles ne sont pourtant pas toujours en mesure de cristalliser leur sentiment de peur par des comportements responsables devant le risque. Cette situation peut s'expliquer par le fait qu'en l'absence de conceptualisation vernaculaire des caractéristiques essentielles du risque, les populations locales finissent alors par se départir de leur empathie naturelle devant la fiction et, par conséquent, de leur aversion artificielle voire théâtrale pour le risque suggéré. Yannick Jaffré<sup>465</sup> soulignait

<sup>464</sup> À propos de ces messages de développement auprès des populations démunies des pays en développement, **Jean-Pierre Olivier de SARDAN** faisait déjà la remarque selon laquelle : « (...) *La diffusion d'un message sanitaire, par exemple, ne peut plus être sérieusement représentée par un modèle linéaire « télégraphiste » de communication, où un « émetteur » (actif) envoie un « message » à un « récepteur » (passif), ce message étant plus ou moins brouillé par des « bruits parasites » (interférences qu'il s'agirait d'éliminer). Le récepteur ne reçoit pas passivement le sens, il le reconstruit, en fonction de contextes, de contraintes et de stratégies multiples. Autour d'un message s'opèrent des interactions et des négociations incessantes. L'acteur social « de base », aussi démuné ou dominé soit-il, n'est jamais un « récipiendaire » qui n'aurait le choix qu'entre la soumission ou la révolte.* ». Cf. **Jean-Pierre Olivier de SARDAN**, « Sociétés et développement » pp. 28-37, in **Didier FASSIN** et **Yannick JAFFRÉ**, (dir.), *Sociétés, développement et santé*, Paris : Les Éditions Ellipses, op. cit., [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », p. 8

<sup>465</sup> **Yannick JAFFRÉ**, « Education et santé » pp. 50-66, in **Didier FASSIN** et **Yannick JAFFRÉ**, (dir.), *Sociétés, développement et santé*, Paris : Les Édi-

notamment que : « *Les champs sémantiques entre le français et les langues africaines n'étant pas isomorphes, la première étape d'une campagne d'éducation pour la santé est une enquête de type ethnolinguistique dont le but sera de décrire dans quel univers de sens prennent place les différentes informations sanitaires que diffusent les développeurs (...). Conceptualiser un nouveau savoir, ne peut se faire sans avoir recours à sa langue maternelle et à l'ensemble des représentations qu'elle articule, de même que la maîtrise et l'acceptabilité d'une pratique ne peuvent s'évaluer qu'en l'appliquant à une situation réelle.* ».

De surcroît, l'adaptation nécessaire des projets de santé publique à leur contexte local interpelle également un travail didactique réversible sur les représentations sociales. Autrement dit, les acteurs de santé publique vont chercher non seulement à susciter les changements nécessaires de mentalités auprès des populations cibles mais aussi à s'informer en retour du bien-fondé de certains savoirs populaires et des atouts qu'ils représentent pour concourir au succès de leur projet de santé publique préventive. Mohamed Mebtoul <sup>466</sup> affirmait justement que : « *La sous-estimation et la non-reconnaissance du système interprétatif des patients explique en grande partie les limites des programmes sanitaires élaborés et mis en œuvre uniquement à partir du savoir médical. Les concepteurs des programmes sanitaires ont souvent considéré qu'ils agissaient sur un terrain vierge qu'il suffit [286] d'investir pour transformer mécaniquement les comportements sanitaires des usagers.* ».

C'est également dans ce contexte que certains acteurs publics représentant l'État béninois et ses partenaires au développement ont pu estimer utile de recourir aux normes sociales typifiables de l'ordre des valeurs traditionnelles <sup>467</sup> pour accompagner les mesures publiques de

---

tions Ellipses, op. cit., [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », pp. 24/25 et 30/31.

<sup>466</sup> **Mohamed MEBTOUL**, « Les acteurs sociaux face à la santé publique : médecins, État et usagers (Algérie) » pp. 103-116, in **Bernard HOURS**, (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, KARTHALA, op. cit., p. 114.

<sup>467</sup> En effet, il ressort du rapport sur le développement humain au Bénin, édition de 2005 que : « (...) *La prise en compte des pesanteurs socioculturelles ne doit pas se limiter à celles qui favorisent l'épidémie du VIH/SIDA. Elle de-*

prévention et de sensibilisation face à l'accroissement des maladies et des risques inhérents aux IST. Il s'agit par exemple, selon eux, de promouvoir les valeurs morales et traditionnelles de chasteté, les interdits relatifs à certaines pratiques dévergondées de la sexualité chez l'individu dans le cercle social. Néanmoins, l'ajustement nécessaire des projets de santé publique aux spécificités culturelles locales, passe aussi par une action publique de démythification de certaines croyances populaires du sain et du malsain.

### *B\*) L'action publique sanitaire sur les conceptions populaires du sain et du malsain*

[Retour à la table des matières](#)

La santé publique est avant tout un projet de société. C'est une construction sociale de l'idée d'une santé collective. Mais cet idéal de société est parfois confronté dans les aires territoriales urbaines comme rurales du Bénin traditionnel à quelques obstacles d'ordre culturel. En effet, certains savoirs profanes du normal et du pathologique qui défendent pourtant dans l'ordre social traditionnel une certaine idée de sécurité et de santé collectives s'opposent souvent à toutes formes d'acculturation par l'action de la santé publique. En pareille circonstance, la riposte de l'action publique a généralement consisté dans des campagnes de [287] sensibilisation et d'information de l'opinion publique sur les répercussions sanitaires de certaines croyances populaires du sain et du malsain. C'est le cas notamment des actions publiques de lutte contre les infanticides rituels, la lutte contre les ablations rituelles génitales de la femme ou de la petite fille.

La lutte contre les infanticides rituels répandus dans certaines communautés ethniques du Nord du Bénin mobilise surtout l'action des associations confessionnelles de protection de l'enfant et dont la mission consiste essentiellement à récupérer et organiser l'adoption

---

*vrait concerner également l'existence éventuelle de spécificités sociales ou culturelles qui limitent la propagation du mal et sur lesquelles on pourrait fonder des stratégies plus efficaces, plus ancrées dans les traditions. ».* In **Républicain du Bénin** et **PNUD**, Rapport sur le Développement Humain au Bénin, VIH/SIDA et Développement Humain, op. cit., p. 88.

des nourrissons accusés « d'enfants sorciers » et abandonnés par leur famille biologique. Hormis des actions de sensibilisation par voie médiatique et la menace de sanction judiciaire, l'État et les autres institutions publiques de protection de l'enfance cristallisent moins souvent sur le terrain leur projet d'éradication définitive de ces pratiques ritualisées, par des actions collectives beaucoup plus hardies.

En revanche, si le rituel de l'excision persiste toujours au sein de certaines communautés ethniques du pays, il prend de moins en moins d'ampleur grâce à l'action de sensibilisation concertée du ministère de la famille, des médias, des ONG et de l'UNICEF au Bénin. Mais Yannick Jaffré <sup>468</sup> affirmait déjà pour sa part que : « *Si les populations n'ont pas toujours (...) « sanitaire raison » d'agir comme elles le font, elles n'agissent cependant pas sans diverses « raisons ».* ».

En l'occurrence, si dans les conceptions populaires la pratique des rituels de l'excision et de l'infanticide soulève de fait le problème de la séparation matérielle ritualisée du sain et du malsain, chaque rituel possède pourtant en lui-même sa signification typifiable. En effet, dans ces conceptions ordinaires du sens commun, les mutilations génitales féminines sont censées ôter l'impureté naturelle de la femme ou de la petite fille afin de la rendre propre à la procréation alors que le rituel de l'infanticide est supposé contrer un péril collectif à l'échelle de la famille voire de la communauté. Dans le premier cas, le péril supposé du fait de l'impureté [288] n'est censé frapper que le corps biologique de la femme et peut donc être qualifié de situation de péril individuel. Dans le second cas en revanche, le péril associé à la naissance du nourrisson rejeté comme « enfant sorcier » est censé frapper tout le corps social et représente en tant que tel, dans ces croyances ordinaires, une situation de menace collective, un danger potentiel pour l'équilibre social. Ainsi, en comparant ces deux rituels – l'excision et l'infanticide rituels – nous pouvons constater que leur ampleur et leur persistance entretiennent des effets de corrélation avec

---

<sup>468</sup> Yannick JAFFRÉ, « Dynamiques et limites socio-anthropologiques des stratégies de prévention et de contrôle des risques infectieux dans les pays en voie de développement. », in : La maîtrise des maladies infectieuses, un défi de santé publique, une gageure médico-scientifique. Paris : Académie des sciences, Rapport sur la science et la technologie, n° 24, 2006, pp. 101-115. [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », op. cit., p. 12.

la perception du risque – individuel ou collectif – que les populations concernées par ces pratiques leur associent. Dans l’hypothèse du risque individuel, les conséquences de la non-excision sont relatives à l’honneur d’une famille et se répercutent rarement sur l’équilibre pérenne de l’ordre social. Sa reproduction d’une génération à l’autre dépend donc de l’individu qui peut alors décider de l’abandonner sans devoir craindre la réaction sociale. En pareille occurrence, la mobilisation sociale et l’action publique disposent d’un pouvoir de persuasion considérable pour combattre efficacement et durablement les croyances populaires relatives à ce qui est pressenti ici comme source de risque individuel d’une certaine impureté de la femme ou de la petite fille non excisée. En effet, dans une telle configuration sociale d’incertitude <sup>469</sup> c’est-à-dire une circonstance favorable à toute marge d’initiative, peut alors se négocier plus amplement, la prise de conscience des populations et des exciseuses notamment sur les risques <sup>470</sup>

---

<sup>469</sup> En évoquant les acceptions complémentaires de la notion d’incertitude, **Olivier BORRAZ** met un accent particulier sur son acception sociologique au sens d’ « *impossibilité de prévoir, d’anticiper ou de comprendre le comportement d’un acteur.* ». Cette impossibilité de prévoir, donc cette incertitude, souligne **Olivier BORRAZ**, est justement transformée, en risque, lequel permet par contre-coup aux organisations de mettre en place ou de définir leur : « *capacité de décision et de contrôle* ». Pour **Olivier BORRAZ**, la « *notion d’incertitude* » doit être entendue au sens large en tant que « *connaissance* » et « *capacité de contrôle* ». « *La connaissance recouvre à la fois des données scientifiques ou techniques relatives à l’activité, et des éléments de l’ordre de l’interaction sociale (la prévisibilité, l’anticipation, la fiabilité).* ». In **Olivier BORRAZ**, *Les politiques du risque*, Presses de Sciences PO, op. cit., pp. 15/16.

<sup>470</sup> En effet, l’excision menace directement la santé y compris la vie de la femme ou de la petite fille. Pourtant, lorsque ce risque devenu menace sanitaire conduit finalement à la mort de l’excisée, il n’est pas considéré comme une conséquence directe du rituel de l’excision puisque dans les conceptions populaires l’explication des malheurs renvoie toujours à une origine maléfique. C’est le constat fait par **Laurence PORGÈS** lorsqu’elle affirme que : « *La société africaine traditionnelle explique le décès d’excisées par les sorts jetés par les sorciers ou les « diables ». Par là même, elle n’établit aucun lien entre l’opération et ses séquelles invalidantes ou mortelles ; il est alors extrêmement difficile de faire comprendre aux populations les dangers de l’excision. Les femmes qui souffrent de maladies consécutives à l’opération sont le plus souvent rejetées par le mari et par le village.* ». In **Laurence PORGÈS**, « Un thème sensible : l’excision en Afrique et dans les pays d’immigration africai-

[289] de l'excision et les atteintes psychologiques puis esthétiques qu'elle représente pour la femme ou la jeune fille excisée.

Mais dans l'hypothèse du risque collectif <sup>471</sup>, la crainte de la réaction sociale est plus forte si la tradition n'est pas suivie soit en pratiquant l'infanticide rituel, soit en abandonnant l'enfant loin des habitations c'est-à-dire dans la « brousse ». Cette réaction sociale et la crainte qu'elle inspire s'expliquent par le fait que l'enfant ou le nourrisson réputé « sorcier » et sa famille matérialiseraient dans les croyances ordinaires l'irruption d'une faille de malédictions qui fragiliserait ainsi l'ordre social dans son ensemble. Le délaissement de cette pratique rituelle de l'infanticide soulève par conséquent plus de difficulté malgré l'effort mobilisateur des campagnes de sensibilisation de l'opinion publique.

De fait, les croyances <sup>472</sup> populaires fondent l'ordre religieux et traditionnel. Elles sont nombreuses, diverses et touchent toutes les

---

ne », Afrique contemporaine, Dossier spécial *Culture et société*, Trimestriel N° 196, 2000, op. cit., p. 55

<sup>471</sup> Pour **Olivier BORRAZ**, les caractéristiques d'un risque collectif consisteraient donc en : « *Des intérêts collectifs vitaux mis en cause ; les fondements sociopolitiques menacés ; la capacité de connaître et d'interpréter la réalité altérée* ». Autant dire, le risque collectif serait une mise en cause des intérêts collectifs vitaux, une menace des fondements sociopolitiques, et l'altération de la capacité individuelle de maîtrise et d'interprétation de la réalité. In **Olivier BORRAZ**, *Les politiques du risque*, Presses de Sciences PO, op. cit., p. 18

<sup>472</sup> Les croyances sont le reflet sociologique des convictions culturelles qui transcendent une collectivité humaine à un moment donné de son existence. Elles rendent compte de son histoire, de ses coutumes, de son identité, de sa culture. Pour une définition de ce concept de culture, nous souscrivons aux explications socio-anthropologiques que lui confèrent, dans une double perspective, **Yves ALPE**, **Alain BEITONE**, **Christine DOLLO** et alii : « *Au sens anthropologique, d'après Edward Burnett Tylor : « Culture ou civilisation, pris dans son sens ethnologique le plus étendu, est ce tout complexe qui comprend la connaissance, les croyances, l'art, la morale, les lois, les coutumes et les autres capacités ou habitudes acquises par l'homme en tant que membre de la société ».* Le concept de culture peut être envisagé selon deux perspectives. Dans la première, la culture est considérée comme un héritage, un patrimoine qui se transmet. Dans la deuxième, la culture est une construction sociale, dépendante de la hiérarchie sociale, qui se renouvelle au contact des autres cultures, et qui permet de garder les frontières d'une collectivité particulière.

communautés ethniques qu'on rencontre au Bénin. En témoignent les communautés ethniques <sup>473</sup> *Ifè* et *Ilodji* ou *Ilozi* dans le département des Collines : depuis des temps immémoriaux, l'apparition par temps orageux de l'arc-en-ciel sur la colline nommée *Baasso* de cette localité est vécue et vénérée comme la révélation d'une présence divine du [290] nom de l'arc-en-ciel et de cette colline. Dans ces conceptions du sens commun, l'irruption de l'arc-en-ciel des entrailles mêmes et du sommet d'une colline est un phénomène d'autant merveilleux que mystérieux qui suscite, par conséquent, une croyance naturelle à un phénomène perçu ou saisi dans l'inconscient collectif comme un fait surnaturel qui nourrit une vision à la fois spectrale et subliminale. Aucune association n'est pourtant faite dans cette perception subliminale de la concomitance avec les autres éléments naturels tels que l'inclinaison du rayonnement solaire au début d'un naturel phénomène orageux. La colline a ses prêtres, ses adeptes, et ses initiés qui procèdent aux rites d'adoration et de propitiation en cas de calamités publiques. Ainsi, les croyances ordinaires organisent la vie et la vision du monde de leurs auteurs. Elles se reproduisent d'une génération à l'autre et fondent en cela même l'ordre immuable des normes et valeurs qui régissent la société où elles sont inexorablement instituées. Tout travail d'éradication de ces croyances populaires ne peut donc se faire sans susciter chez ces populations le sentiment de devoir sacrifier un pan de leur héritage culturel voire religieux. L'action publique court alors le risque d'être perçue par la population concernée comme une action impie et de remise en cause d'un ordre traditionnel fondamental. Les politiques publiques d'éradication de certaines pratiques rituelles comportant des conséquences évidentes pour la santé sont alors vite perçues par les populations cibles comme une guerre du profane faite au sacré. Dans ce contexte, la riposte de l'action publique et de la société civile se fait plutôt par gradation en associant un volet herméneutique à leur politique d'éradication des rituels compromet-

---

*Enfin, la sociologie de la culture vise à rendre compte des pratiques culturelles par rapport à un système d'œuvres.* ». In Yves ALPE, Alain BEITONE, Christine DOLLO, Jean-Renaud LAMBERT et Sandrine PARAYRE, *Lexique de sociologie*, Editions Dalloz, op. cit., p. 50

<sup>473</sup> Récit socio-anthropologique relevant des dires de certains de nos enquêtés en l'occurrence Jean-Paul ADIKONOU, Hilaire KATCHON, David AKOBI, (cf., entretiens), op. cit.

tant gravement la sécurité sanitaire et le développement d'une culture moderne de santé publique.

[291]

Au total, nous avons souligné dans cette étude comment les pesanteurs socioculturelles représentent un défi permanent pour l'action publique dans la perspective du développement graduel de ce qu'il convient désormais d'appeler au sens de Raymond Massé<sup>474</sup> bien entendu « l'institution puis la culture » de santé publique dans l'espace social des interactions humaines. La santé publique institutionnalise, en effet, l'intervention de la puissance publique et de ses partenaires de la société civile dans leur gestion conjuguée de la prévention et des prises en charge des préoccupations d'ordre social et sanitaire des populations. Dans cette optique, l'institution préventive de la santé publique en matière de gouvernance des grands problèmes endémiques à l'instar du paludisme ou de la pandémie du VIH/Sida met finalement l'action publique devant ses responsabilités de garant ou de pourvoyeur absolu des biens et services d'intérêt collectif. Mais l'analyse sociologique de cette institution de santé publique dans l'État postcolonial depuis son accession à la souveraineté nationale et internationale permet de relever qu'elle se retrouve également confrontée aux mêmes problèmes gestionnaires qui laminent autant l'autonomie que la présence territoriale de l'administration publique et politique. En effet, l'institution de la santé publique dans les arènes territoriales – que ce soit en matière d'administration ou de gouvernance de la santé curative que de prévention sociale voire de protection sanitaire – a donc fortement partie liée avec l'institution même de l'État. Sans l'État, la gestion sociale de la santé collective serait moribonde ; et sans les ressources indispensables pour une existence effective, l'institution publique de l'État ne peut non plus assumer tout seule la gestion sociale des malheurs et du bien-être collectif. L'État béninois pourvoit, tant bien que mal sur son territoire, aux besoins en santé pu-

---

<sup>474</sup> **Raymond MASSÉ**, « La santé publique comme projet politique et projet individuel. » pp. 41-64, in **Bernard HOURS**, (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, KARTHALA, op. cit., p. 58.

blique de sa population mais il ne peut le faire longtemps sans compter sur ses ressources politiques, économiques et technologiques relativement extérieures à « l'État postcolonial ».

Mais la santé publique est également un fait culturel. Et, en tant que tel, elle façonne l'opinion publique de manière à inculquer durablement dans l'inconscient [292] collectif des comportements sanitaires responsables et sans risque pour soi comme pour autrui. La santé publique contribue, en effet, dans l'espace social des comportements à risque, à forger une opinion publique davantage réceptive à l'action de sensibilisation face aux risques sanitaires individuels ou collectifs. En investissant beaucoup dans l'entreprise de modification des univers culturels des représentations sociales de la santé et de la maladie, la santé publique participe ainsi à l'édification d'un nouveau projet de société. Pourtant dans ce pays, les sensibilisations, à l'initiative d'une action publique de la santé, ne sont pas toujours vécues comme salutaires dans certaines communautés ethniques dont l'hostilité persistante exprime parfois une crainte collective de toute forme de déculturation, et parfois des réticences individuelles devant ce qui est ressenti comme une acculturation médico-sanitaire progressive de la société dans son ensemble.

## Conclusion de la première partie

[Retour à la table des matières](#)

L'espace politique de la santé publique au Bénin concentre un réseau d'acteurs différents mais avant tout corrélés. Le premier d'entre eux – l'État – mobilise ses efforts tant dans la prévention que le traitement curatif sous la forme d'un système de santé pyramidal et relativement décentralisé. Le pluralisme médical qui le caractérise est la résultante même de son héritage multiculturel partagé entre modernité et traditionalisme. Ainsi, dans cette organisation pyramidale où le primat institutionnel des soins médicaux revient naturellement au système biomédical, le recours individuel aux thérapies traditionnelles n'est pas seulement toléré, il est aussi recommandé pour servir d'alternative ou de complémentarité aux thérapies biomédicales. Le contexte local béninois comparable à ce qui prévaut dans les autres pays en développement en Afrique occidentale, repose fortement sur les soins de santé primaires notamment dans ses agglomérations rurales caractérisées par une faible accessibilité aux structures sanitaires, ce qui laisse [293] entrevoir les recours aux tradipraticiens ou guérisseurs traditionnels. Les parcours de soins orientés vers les établissements publics ne sont pas sans risque dans ce pays où la perception de l'hôpital public d'après les conceptions populaires est de plus en plus associée à la perception du risque, du danger, d'une situation de vulnérabilité aggravée. L'hôpital public traverse, en effet, une série de crises : d'une part, une crise ontologique dans le rang de ses effectifs en diminution voire en désertion, d'autre part, une crise existentielle quand aux moyens mis en œuvre pour son fonctionnement efficace. Mais en face, la réaction du secteur privé n'est pas toujours de nature à combler entièrement l'utilisateur dans ses attentes d'efficacité et d'efficacé des structures sanitaires. Certains établissements privés – la grande majorité des établissements de soins privés – ne sont, de fait, ni mieux équipés, ni moins à risque que ne paraît l'hôpital public pour l'utilisateur. L'illusion thérapeutique est la constatation empirique qui, substantiellement, caractérise souvent la plupart de ces établissements de soins privés parmi lesquels il faut compter notamment les micros-

structures de soins de santé dont la prolifération touche autant les aires urbaines que rurales. Mais la santé publique se développe aussi dans ce pays à l'intérieur d'un espace culturel plus ou moins hostile aux politiques publiques en matière de prévention et de promotion des comportements sanitaires jugés raisonnables ou acceptables. Les promoteurs des nombreux programmes de santé publique et de développement social ainsi que les décideurs publics investissent davantage le champ des déterminants socioculturels de la santé notamment dans leur stratégie de prévention des maladies. En effet, face à l'ampleur des maladies infectieuses et émergentes à l'instar du sida, qui sont essentiellement des maladies du fait des comportements à risque, l'approche sociologique de la santé publique est susceptible d'offrir dorénavant des réponses plus performantes que la seule approche épidémiologique. Ainsi, la santé ou la maladie, le normal ou le pathologique ont été saisis dans cette étude sociologique et politologique comme des phénomènes ou des construits sociaux, autant dire comme des faits culturellement déterminés et dont le sens caché n'aura été décrypté *stricto sensu* autrement en dehors des individus qui le produisent.

[294]

# DEUXIÈME PARTIE

## La santé publique à travers la gestion publique des risques collectifs

[Retour à la table des matières](#)

*« Les risques sont des « produits parasites » que l'on ingurgite, que l'on inhale en même temps que quelque chose d'autre. Ils sont les « passagers clandestins » de la consommation normale. Ils sont véhiculés par le vent et par l'eau. Ils peuvent être présents n'importe où, et sont assimilés avec les denrées dont notre survie dépend – l'air que l'on respire, l'alimentation, les vêtements, l'habitat, etc. –, autant d'espaces de protection soumis à des contrôles stricts dans le monde moderne. Contrairement aux richesses qui sont attrayantes, mais peuvent aussi être repoussantes, en face desquelles on doit et on peut toujours opérer un choix, effectuer un achat ou prendre une décision, les risques et les substances dangereuses s'immiscent partout implicitement et tranquillement sans qu'on ne leur ait rien demandé (!). ».* In Ulrich Beck <sup>475</sup>, *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, op. cit., p. 74

---

<sup>475</sup> Ulrich BECK, *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris : Editions ALTO Aubier, op. cit., p. 74.

[295]

## **Deuxième partie.**

### **La santé publique à travers la gestion publique des risques collectifs**

## **INTRODUCTION**

[Retour à la table des matières](#)

Les risques collectifs représentent des situations de vulnérabilité de chaque individu dans ses interactions avec les autres, dans ses rapports aussi avec le milieu naturel et toujours à l'intérieur d'un ensemble social organisé. Le risque collectif désigne, en effet, une vulnérabilité sociale qui expose sans cesse une population ou une collectivité donnée à un danger commun mais dont l'occurrence reste avant tout une circonstance probabilisable. En toute hypothèse, les risques collectifs font peser une menace certaine sur la sécurité, la santé et la vie des populations qui y sont exposées. Ainsi, leur identification, leur évaluation, et leur contrôle font partie des actions de régulation des politiques publiques. Dans le cadre de cette étude, différents risques collectifs aux répercussions sanitaires notables s'offrent à la régulation de l'action publique. La régulation nécessaire des risques collectifs par l'entremise de la puissance publique suppose la primauté de celle-ci chaque fois qu'il est question d'assurer le bon fonctionnement du système. De même, l'analyse sociologique de ces risques collectifs devrait permettre également de comprendre le rôle de l'action publique dans cet espace social des activités humaines. D'abord, les activités de production agricole partagées entre cultures vivrières et cultures cotonnières posent de plus en plus dans ce pays un certain problème de régulation : devant la rentabilité économique des cultures cotonniè-

res, la plupart des exploitants agricoles préfère alors délaisser les cultures vivrières pour se lancer de façon proactive dans l'exploitation des produits cotonniers. Le coton est vendu par kilogramme à l'exportation dans une situation de quasi-monopsonne, ce qui n'est pas le cas des produits vivriers qui sont alors considérés comme très peu rentables. À ce titre, plusieurs hectares d'exploitation de cultures vivrières sont reconvertis en exploitation des produits cotonniers. Selon l'Organisation Béninoise pour la Promotion de l'Agriculture Biologique [296] (OBEPAB)<sup>476</sup> : « *Le coton est la principale culture d'exportation, et contribue au développement socioéconomique du Bénin. En effet, il constitue non seulement la principale source de revenu monétaire des paysans qui le cultivent, mais il apporte aussi d'importantes devises à l'État. Il représente 64% des recettes d'exportation, 90% des recettes agricoles et 24% des recettes de l'État (MDR, 1995).* ».

Pourtant, la rentabilité du coton ne parvient pas à elle seule à assurer l'autonomie alimentaire<sup>477</sup> du pays, bien au contraire, elle favorise, en l'absence de toute politique de régulation, l'insécurité alimentaire qui menace toute la population. A cette situation générale d'insécurité alimentaire s'ajoute l'insécurité des expositions alimentaires domestiques du fait même des intrants chimiques spécialisés dans le traitement des cultures cotonnières et accidentellement responsables de nombreuses intoxications alimentaires récurrentes dans le pays. Selon la même institution de promotion de l'agriculture écologique : « *La production du coton conventionnel crée des richesses aussi bien à l'État qu'aux autres acteurs de la filière. Mais, elle a des effets secondaires très dramatiques en l'occurrence les problèmes d'intoxications parfois mortelles dus aux pesticides, la baisse notable de la fertilité des sols, le déséquilibre des écosystèmes etc. qui, d'une*

---

<sup>476</sup> Organisation Béninoise pour la Promotion de l'Agriculture Biologique (OBEPAB), « Le Coton au Bénin : rapport de consultation sur le coton conventionnel et le coton biologique au Bénin. A report for PAN UK's Pesticides Poverty and Livelihoods project » OBEPAB – Août 2002, p. 5

<sup>477</sup> Cette notion d'autonomie alimentaire peut être rapprochée du concept de « souveraineté alimentaire » qui est une idéologie politique bien souvent prônée aujourd'hui encore par les altermondialistes pour revendiquer le droit pour un pays d'organiser pour lui-même ses normes sécuritaires pour une agriculture locale dont dépend sa population.

*manière ou d'une autre, constituent une entrave à la production. Ces intoxications sont dues non seulement à la toxicité des produits utilisés mais aussi à de mauvaises pratiques dangereuses comme la non-protection du corps avant les traitements, l'utilisation des pesticides pour la pêche, la protection et la conservation du niébé, le non respect des moments de pulvérisation recommandés etc. La baisse de fertilité des terres cultivées en coton conventionnel est liée à l'utilisation abusive des engrais chimiques et à la mauvaise adoption de rotation dans les systèmes de productions (coton-maïs, maïs-coton, coton-coton etc.). » <sup>478</sup>.*

[297]

Ensuite, l'activité de régulation de la puissance publique est interpellée par les dégradations souvent anthropiques des milieux naturels mobilisant quelquefois l'intervention d'une action publique de régulation nécessaire des menaces environnementales, sous la forme d'une protection côtière encore stochastique contre l'avancée de la mer au Sud du Bénin ; et la protection des espaces verts contre la menace de la désertification au Nord de ce pays. En outre, le travail de régulation et de contrôle de l'action publique s'est aussi imposé devant les risques croissants liés au trafic réticulaire des médicaments en provenance notamment du Nigéria <sup>479</sup> voisin. La qualité des soins médicaux dépend de la qualité des médicaments ce qui peut être compromis durablement par les marchés parallèles ou informels avec la contrebande des marchandises qui n'épargne plus le milieu du médicament. Par ailleurs, l'architecture du système des soins de santé ignore pour la majorité des usagers les mécanismes assurantiels ce qui n'est pas de nature à optimiser la prise en charge du patient souvent démuné au moment de recourir aux soins médicaux particulièrement dispendieux pour la grande majorité de la population. En l'absence des solidarités familiales, le malade peut finalement se résigner à observer sa maladie

<sup>478</sup> **Organisation Béninoise pour la Promotion de l'Agriculture Biologique (OBEPAB)**, « Le Coton au Bénin : rapport de consultation sur le coton conventionnel et le coton biologique au Bénin. A report for PAN UK's Pesticides Poverty and Livelihoods project » OBEPAB – Août 2002, op. cit., p. 14.

<sup>479</sup> « *Le trafic informel des médicaments importés du Nigéria s'élargit de plus en plus au trafic illégal des produits insecticides.* ». Cf. Entretien du 22 mars 2011 avec **Chabi K. SARRÉ**, chef-brigade de la police sanitaire des départements du Borgou/Alibori.

évoluer et, malgré lui, faire parfois courir à son entourage le risque de contamination infectieuse. Enfin, l'accroissement et l'ampleur de ces différents risques collectifs éprouvent une fois de plus l'efficacité de l'action publique à y répondre définitivement par des mesures correctives et salutaires. Dans cette optique, la prévention d'une part, s'impose à nouveau comme modalité de contrôle et de régulation des politiques publiques. D'autre part, et dans une certaine proportion, le bien-fondé du concept relatif au principe de précaution peut être vérifié dans cette nouvelle configuration de la gestion publique des risques sanitaires collectifs. La seconde partie de cette étude part ainsi d'une analyse sociologique des risques sanitaires collectifs pour comprendre le rôle de l'action publique dans leur gestion préventive mais aussi en matière de leur régulation. Avec le premier chapitre : « les politiques publiques et [298] l'accroissement des risques sanitaires », nous verrons à travers quelques exemples de situations de risques collectifs comment l'action publique se comporte pour prévenir ou réguler ces risques susceptibles de compromettre durablement la santé puis la sécurité des individus ; toujours, dans cette même optique de régulation et de gestion des risques, le second chapitre de cette partie propose une analyse qualitative des modalités gestionnaires de l'action publique face aux activités ou comportements exposant à des risques sanitaires collectifs.

[298]

**Deuxième partie.****La santé publique à travers la gestion publique  
des risques collectifs****Chapitre 1****Les politiques publiques  
et l'accroissement des risques  
sanitaires**[Retour à la table des matières](#)

Les risques collectifs sont nombreux dans l'espace social des échanges interindividuels et menacent partout la vie et la santé des populations rurales comme urbaines. Certains risques qui n'intéressent pas directement l'objet de cette étude tels que les risques sismiques sont des risques naturels <sup>480</sup> qui, en tant que tels, échappent à l'action

---

<sup>480</sup> D'après **Corinne LEPAGE** dans le *Dictionnaire des risques*, sous la direction d'**Yves DUPONT** il faut ainsi discriminer entre risques naturels et risques technologiques : « *Par risques naturels, entend-on sans doute, les risques qui affectent les éléments naturels : inondations, glissements de terrain, tempêtes, ouragan, tremblements de terre... ; en bref, il s'agit de toutes les manifestations de la nature revêtant une ampleur et une intensité exceptionnelle et entraînant généralement un nombre important de victimes humaines. Nous avons là affaire à des catastrophes dans lesquelles l'Homme n'est que la victime. En revanche, le risque technologique majeur est un risque inhérent au fonctionnement d'un certain nombre d'installations industrielles dangereuses ; il en va de même pour le risque inhérent à l'emploi d'un certain nombre de technologies, dont les effets secondaires peuvent se révéler désastreux. Dans ce cas, si les victimes sont humaines, c'est l'Homme et sa technique qui*

humaine. Mais d'autres risques collectifs sont purement anthropiques et soulèvent, en effet, la question de la responsabilité et d'une certaine éthique de l'action humaine ainsi que des diverses activités de production économique. Les risques collectifs du fait de l'homme peuvent résulter de diverses situations établissant des effets de corrélation avec, par exemples, la gestion [299] anthropique des milieux naturels, la satisfaction des besoins trophiques de l'homme, l'appropriation des différents modes de transport dans une société de plus en plus dominée par une certaine culture de la rapidité dans les transactions des biens et services également associées au besoin de circulation des personnes. Ces risques collectifs du fait de l'homme participent des causes de morbidité qui concernent la société tout entière et représentent alors des menaces sanitaires individuelles et collectives à l'épreuve de l'action publique. Ainsi, en analysant quelques-uns de ces risques collectifs et leur impact sanitaire nous déterminerons par contrecoup le rôle de l'action publique pour y remédier et sa politique du risque sanitaire acceptable en la matière.

## Section 1.

### Les risques sanitaires du fait de l'homme

[Retour à la table des matières](#)

Certains risques collectifs qui trouvent leur origine dans l'action ou l'activité de l'homme peuvent en outre avoir des conséquences en termes de santé publique. C'est le cas des risques sanitaires d'origine alimentaire, c'est-à-dire, des risques en rapport avec l'alimentation de l'homme dont la finalité est pourtant de satisfaire le besoin fondamental de « se nourrir ». En effet, les activités de production agricole qui garantissent une part de l'autonomie alimentaire du pays génèrent en retour des risques susceptibles de placer tout le pays dans une situation relative d'insécurité alimentaire. De même, les risques inhérents aux comportements individuels, lorsqu'ils entraînent des répercus-

---

*sont la cause du drame.* ». Cf. **Corinne LEPAGE**, « Risque et environnement » pp. 407-412, in *Dictionnaire des risques*, 2<sup>e</sup> édition, sous la direction d'**Yves DUPONT**, Paris, Editions ARMAND COLIN, op. cit., p. 408.

sions sur la protection du milieu, la conservation des espèces biologiques, la sécurité des hommes, ils deviennent finalement une menace pour la santé publique. En toute hypothèse, ces risques sanitaires collectifs du fait de l'homme interrogent la place de la responsabilité, de l'éthique et de la sécurité durable dans les choix d'action et de conduite opérés par l'homme. Comment l'action publique se réapproprie-t-elle cette éthique de la responsabilité et cette exigence de sécurité durable pour garantir efficacement la protection sanitaire des populations ?

[300]

## Titre 1. Radiographie sociologique des risques sanitaires d'origine alimentaire

[Retour à la table des matières](#)

La question de la sécurité alimentaire interpelle deux phénomènes sociopolitiques récurrents dans ce pays : la sécurité relative des capacités alimentaires du pays à partir de sa production agricole et la sécurité proactive des comportements alimentaires des populations ce qui ramène la problématique des intoxications alimentaires itératives notamment dans la partie Nord du Bénin, une situation, somme toute, qui n'est pas sans lien avec les activités de production agricole de ce pays. Ainsi, les activités aratoires peuvent, en l'absence de toute politique efficiente de régulation, de contrôle et d'information, générer des risques non seulement de productivité mais aussi de consommation. Dans tous les cas, ces risques comportent des conséquences graves susceptibles de nuire durablement à la santé humaine.

### *A\*) Activités aratoires et risques sanitaires collectifs*

L'agriculture est l'activité économique la plus importante du Bénin. Pourtant se pose toujours dans ce pays la question à la fois de l'autosuffisance et de la sécurité alimentaires. L'autosuffisance ali-

mentaire <sup>481</sup> suppose l'autonomie d'un pays à pourvoir en quantité disponible aux besoins alimentaires de sa population sans devoir recourir à l'aide internationale. La situation alimentaire <sup>482</sup> du Bénin ne permet pas à nos jours de conclure à son indépendance vis-à-vis de l'aide internationale et de l'importation des produits alimentaires de base. En matière [301] d'aide internationale en faveur de l'alimentation et de la santé des populations, intervient régulièrement au Bénin le Programme Alimentaire Mondial (PAM) du système des Nations-Unies. Les activités humanitaires du PAM consistent essentiellement à apporter une assistance alimentaire aux populations vulnérables <sup>483</sup> telles que les enfants scolarisés, les personnes vivant avec le VIH/Sida, les réfugiés et les centres d'aide aux enfants abandonnés ou orphelins. Ainsi, à l'instar des maladies comme le paludisme et le sida qui sont des circonstances aggravantes du sous-développement et de la pauvreté, la lutte contre la faim au Bénin intègre également les objectifs de sécurité alimentaire et sanitaire des politiques publiques. En effet, le contexte socio-économique du pays est plutôt caractérisé par une extrême pauvreté notamment dans le rang des couches populaires les plus défavorisées. Le pays fait partie des nations les plus endettées dans le monde et a vu en 2001 le FMI conjointement avec la Banque mondiale accéder à sa demande d'intégrer l'initiative dénommée : « Pays Pauvres Très Endettés (PPTE) <sup>484</sup> » dont le but est

---

<sup>481</sup> Il est universellement admis que l'autosuffisance alimentaire est une idéologie politique susceptible d'exposer la population d'un pays à un risque majeur d'insécurité alimentaire lorsque les ressources naturelles qui assurent la disponibilité et la stabilité de sa production agricole locale viennent à subir l'influence d'une crise climatique, économique voire politique.

<sup>482</sup> **Richard H. LOKOSSOU**, directeur de l'Élevage – Entretien du 24 mars 2011 : « Le Bénin reste largement déficitaire pour sa production de viande par exemple, ce qui l'oblige à importer massivement ses protéines animales. ».

<sup>483</sup> Voir le document 3 en annexe 1 : une illustration-photo des actions d'aide alimentaire du PAM – BENIN.

<sup>484</sup> L'éligibilité du Bénin au PPTE a été décidée en juillet 2001 pour s'achever en avril 2003. Selon le Rapport sur le Développement Humain au Bénin (2005) : « *Le DSRP est un document essentiel de planification stratégique qui constitue une condition préalable à certains programmes de prêts et d'annulation de la dette multilatérale (contractée auprès de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international). Il vise à planifier les actions à moyen terme et à décrire les programmes nationaux de réduction de la pauvreté (...). Le DSRP est un instrument clef pour les relations du Bénin avec la communauté*

de planifier l'allègement de la dette internationale des pays éligibles à cet objectif programmatique des institutions financières internationales. En intégrant ce programme, le pays s'engage dans un document administratif – Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté, le DSRP – à lutter contre la pauvreté en créant les conditions favorables à la croissance macroéconomique. En témoigne ici la poursuite des objectifs du [302] Développement Humain Durable par l'État béninois à travers ses politiques nationales de lutte contre le paludisme et le VIH/Sida qui sont alors considérés comme des déterminants de la pauvreté. En effet, l'action conjuguée de ces maladies sur la population, autrement dit sur l'accroissement de la morbidité sociale, peut négativement influencer sur les capacités de production économique du pays. Aussi, le DSRP est-il pensé pour lutter contre les causes de la pauvreté telles que l'endémie du paludisme et les affections à VIH/Sida. Le DSRP s'est donc imposé au Bénin comme un outil stratégique idoine des politiques publiques <sup>485</sup> nationales et internationales (PAM) dans le domaine de la lutte contre l'insécurité alimentaire notamment dans sa nouvelle version (Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté, SCRP <sup>486</sup>) et en faveur du développement

---

*des donateurs et des bailleurs de fonds. Il constitue la base des prêts concessionnels de la Banque mondiale et du FMI, ainsi que de l'éligibilité à l'initiative internationale en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE) (...). Il a fallu attendre 2002, à l'occasion de l'élaboration du DSRP pour voir apparaître plus clairement, même sans données suffisantes, un incontestable diagnostic de l'épidémie du VIH/SIDA en tant qu'élément constitutif de la pauvreté, au même titre que le paludisme et la mortalité maternelle. Pour le DSRP, la lutte contre l'épidémie du VIH/SIDA est perçue comme une partie intégrante de la lutte contre la pauvreté. ». Cf. République du Bénin et PNUD, Rapport sur le Développement Humain au Bénin, 2005, VIH/SIDA et Développement Humain, op. cit., pp. 4/141/144. Voir également en annexe 2 l'encadré n°1: Extrait de la publication du Fonds Africain de Développement et Banque Africaine de Développement, « Bénin – Document relatif à l'approbation de l'Initiative PPTE – Point d'achèvement dans le cadre du dispositif PPTE renforcé », pp. 4 – 5.*

<sup>485</sup> En cette matière des politiques publiques de développement social et d'aide au développement, voir en annexe 2, l'encadré n°4 : une illustration des projets d'aide au développement du PAM au Bénin suivie de quelques données chiffrées en tableau.

<sup>486</sup> La SCRP dans son axe 3 : « Renforcement du capital humain », précise notamment que : « Le renforcement et la valorisation des ressources humaines constituent un autre pilier de la stratégie. Cet axe renforce la sphère sociale,

socio-économique. Malgré les marques de satisfaction affichées par certaines organisations sous-régionales partenaires au développement à l'instar du Fonds Africain de Développement (FAD) et de la Banque Africaine de Développement (BAD) sur les réalisations du DSRP <sup>487</sup> au Bénin, le secteur agricole ne connaît pour autant pas son essor économique même si la croissance économique <sup>488</sup> du [303] pays s'est améliorée cette dernière décennie sous les effets conjugués d'une bonne production cotonnière et de la performance des petites et moyennes entreprises de l'agro-alimentaire.

Par ailleurs, la sécurité alimentaire vise non seulement à rendre disponibles et accessibles en quantité les ressources alimentaires par tous les moyens – production locale, produits d'importation, aide humanitaire – mais aussi à s'assurer de leur qualité en termes d'hygiène,

---

*mais aussi le capital humain, et donc les fondements de la croissance économique à moyen et long termes. Les programmes de la SCRP pour le développement et la valorisation du capital humain sont regroupés en quatre (4) domaines d'intervention prioritaires, à savoir : (i) la promotion d'un système éducatif de développement ; (ii) le renforcement de la formation professionnelle en adéquation avec les besoins du marché du travail ; (iii) l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services de santé et de nutrition ; et (iv) le renforcement de la protection et de la solidarité sociale. ».* Cf. **République du Bénin**, « Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté, SCRP », version finale, Avril 2007, page préliminaire VI. Voir également en annexe 2, l'encadré n°5 : Les objectifs fondamentaux de la SCRP pour la sécurité alimentaire en cinq points.

<sup>487</sup> Voir en annexe 2, l'encadré n°1 sur un extrait de la publication du Fonds Africain de Développement et Banque Africaine de Développement, « Bénin – Document relatif à l'approbation de l'Initiative PPTE – Point d'achèvement dans le cadre du dispositif PPTE renforcé », op. cit., ibidem.

<sup>488</sup> D'après l'Association **IZF.net** (Investir en Zone Franc) qui reprend une source de l'UEMOA (décembre 2002) : « *Le taux de croissance [Du Bénin] s'établirait à 6,0 % contre 5,0% en 2001. Cette évolution de la croissance serait imputable à la bonne tenue de l'ensemble des secteurs d'activité. Le secteur primaire progresserait de 5,7% en 2002 contre 3,1% en 2001, sous l'effet d'une bonne production cotonnière au cours de la campagne 2001-2002. La croissance du secteur secondaire, portée par les industries alimentaires et la branche énergie, s'établirait à 7,4%. Le secteur tertiaire, tiré essentiellement par les services non marchands, connaîtrait une croissance de 5,7%. Au total, les contributions à la croissance des secteurs primaire, secondaire et tertiaire seraient, respectivement, de 2,3 points, 1,1 point et 2,6 points. ».* Cf. **IZF.net** <http://www.izf.net>.

de salubrité et d'innocuité. Au plan de la santé publique, la déstructuration qui frappe le secteur agricole ainsi que le caractère chronique de certains événements accidentels en lien notamment avec l'organisation de la sécurité sanitaire des aliments, constitue en effet, un réel enjeu de sécurité publique, de protection sanitaire et de développement social dans ce pays. Mais la complexité même des critères internationaux d'appréciation de la sécurité alimentaire amène Pierre Janin <sup>489</sup> à reformuler ainsi la notion du risque alimentaire en termes de : « (...) *Difficulté, pour les ménages et les individus, à s'approvisionner en denrées de base, en temps opportun et à moindre coût, selon des critères de quantité et de qualité établis, dans le respect des spécificités locales.* », tout en précisant que : « *Les risques alimentaires recouvrent des réalités différentes selon le contexte (guerre, paix), l'échelle spatiale d'analyse (village ou région), le milieu (urbain, rural) ou le degré d'extraversion économique.* ».

La sécurité alimentaire d'une collectivité territoriale ayant fortement partie liée avec sa production agropastorale, la prévention du risque alimentaire interpelle, par conséquent, la maîtrise puis la gestion publique comme privée de l'espace culturel et hydrographique de tout pays.

Plusieurs caractéristiques permettent d'identifier l'agriculture au Bénin : d'abord, le facteur humain constitue la première ressource sur laquelle repose cette activité [304] économique. En effet, malgré les techniques modernes dont bénéficie de nos jours le secteur agricole dans le monde développé, l'agriculture béninoise reste fortement rudimentaire. Les techniques de production agricole sont encore archaïques et la mécanisation du secteur est très peu développée voire quasiment inexistante. Cette situation s'aggrave par le fait que l'action publique dans ce domaine des activités agricoles manque à la fois de consistan-

---

<sup>489</sup> **Pierre JANIN**, « L'insécurité alimentaire en Afrique de l'Ouest : cadres politiques et options techniques pour l'action » pp. 9-36, in : **Action Concertée Incitative**, « Acteurs stratégiques, cadres normatifs de l'action et régulations des politiques alimentaires au Sahel » NPP21, Rapport scientifique, Novembre 2008, **Pierre JANIN**, (Coordonnateur) **Claude ARDITI**, **Nicolas BRICAS**, **Vincent BERTOUT**, **Ivan CROUZEL**, **Francis DELPEUCH**, **Sandrine DURY**, **Eve FOUILLEUX**, **André GUICHAOUA**, **Alain MARIE**, **Elodie RAZY**, **Charles-Edouard de SUREMAIN**, publication IRD, octobre 2010, pp. 10 et 13.

ce et de ressources nécessaires pour planifier la production agricole sur l'ensemble du territoire national. Les producteurs qui défendent pro domo la continuité de leurs activités agricoles ne peuvent le faire longtemps qu'avec leurs propres ressources. Aucune subvention n'est donc garantie par l'État. Pourtant, le secteur agricole connaît de plus en plus dans ce pays une pénurie de ses ressources humaines dans la mesure où les jeunes populations ne sont pas toujours incitées à assumer la relève pour cause de pénibilité et d'absence d'infrastructures indispensables à l'organisation de ce secteur des activités économiques du pays. La faible attraction du secteur agricole auprès des jeunes est généralement liée aux représentations sociales sur la condition existentielle du travailleur de la terre. L'agriculteur est en effet perçu socialement comme un « paysan » souvent confondu avec l'analphabète, autant dire le moins évolué qui mène une existence frugale et bucolique dans un milieu champêtre. Le regard de l'agriculteur lui-même sur sa situation et son statut social n'est pas des plus reluisants. Il se considère comme un défavorisé social qui n'est pas toujours conscient d'occuper en réalité une fonction économique dans la société mais une activité vécue comme une situation de résignation pour organiser la survie quotidienne, ou comme un pis-aller nécessairement fortuit devant l'infortune de parvenir à un meilleur accomplissement personnel. Mais la vision de l'État – pouvoir public et autorité décisionnelle – sur le rôle social et économique de l'agriculteur est plutôt ambivalente. En effet, si l'agriculture est reconnue par l'État béninois comme principale activité économique du pays, il n'en demeure pas moins qu'elle représente le parent pauvre des investissements publics. En outre, aucune action ferme de planification n'est entreprise par les pouvoirs publics hormis des programmes de vulgarisation des techniques agricoles du Ministère en charge de l'Agriculture, de l'Élevage et de la Pêche (MAEP) auprès d'un cercle encore restreint de producteurs agricoles. De fait, la carence de l'État ou des [305] manifestations de l'action publique est encore plus caractérisée dans ce domaine de l'agriculture qui constitue pourtant le point névralgique des activités économiques du pays. Dans cette perspective, l'absence de restructuration du secteur agricole à partir de son élément le plus essentiel – le facteur humain et l'allocation des moyens nécessaires – peut, à long terme, compromettre la capacité du pays à subvenir à ses besoins trophiques au point de ne plus pouvoir assurer efficacement sa sécurité alimentaire.

Ensuite, l'agriculture au Bénin peut être identifiée par le facteur climatique qui la favorise : en effet, l'organisation pluviométrique et agricole du pays subit l'influence de deux types de climat. Au nord, l'alternance d'une saison sèche et d'une saison humide sous l'influence d'un climat soudanien favorise les cultures du maïs, du coton, de l'igname, du mil, du sorgho, du niébé<sup>490</sup>, du riz, du fonio, du pois d'Angole, d'autres variétés de haricot, de l'arachide, du voandzou, etc. Au sud, l'influence d'un climat subéquatorial avec quatre saisons – deux petites saisons sèches et deux grandes saisons humides – détermine principalement les cultures du maïs, de l'arachide, des cocotiers et des cultures maraîchères. Le centre du pays subit l'influence d'un climat dit soudano-guinéen avec deux saisons permettant les cultures du manioc, de l'igname, du coton, du sorgho, du haricot, des anacardes, du riz, du pois d'Angole, du voandzou, etc. En somme, cette configuration pluviométrique du Bénin montre que ce pays dispose de conditions climatiques plutôt favorables à l'expansion et à l'optimisation de son secteur agricole. Mais, en dépit de ce contexte pluviométrique optimal ajouté à la diversité des terres cultivables, le potentiel agricole du pays est encore sous exploité. L'action publique de promotion du secteur agricole sous forme de vulgarisation auprès des populations rurales manque toujours de hardiesse et de moyens d'existence là où il en faut. L'exploitant agricole continue de nos jours encore à mettre en œuvre tout seul ses activités de production en s'accommodant de sa daba ou de sa houe pour retourner la terre. Les coopératives agricoles, là où il en existe, n'interviennent souvent que pour organiser la commercialisation des produits en [306] jouant notamment le rôle d'intermédiaires entre le producteur et le marché de la distribution.

Enfin, le développement de l'agriculture au Bénin a aussi partie liée avec le maintien d'un écosystème sain. Deux menaces principales laminent l'expansion de l'agriculture dans ce pays : la déforestation et les feux de brousse d'origine anthropique. La déforestation est provoquée de plus en plus avec l'utilisation massive du bois par les populations rurales comme urbaines dans l'édification des maisons, dans l'ouvrage artisanal des meubles servant de décoration ou

---

<sup>490</sup> Le niébé est une variété de haricot très prisée au Bénin comme dans les autres pays de l'Afrique de l'Ouest. Il est utilisé non seulement pour la préparation des repas et des plats cuisinés mais aussi dans la fabrication des beignets.

d'aménagement intérieur, dans la combustion pour la préparation des aliments. Cette déforestation anthropique est en outre aggravée par la menace de la désertification à l'extrême Nord du Bénin. De surcroît, les feux de brousse cynégétiques mal encadrés et souvent consécutifs à l'imprudence des jeunes ruraux, détériorent chaque année le couvert végétal plus ou moins luxuriant dans ce petit pays au sud du Sahara. L'ensemble de ces éléments perturbateurs ajouté à la pratique d'une agriculture extensive du coton et des cultures vivrières influence notablement la production agricole du pays.

Cette identification de l'agriculture béninoise décrit finalement l'existence d'une menace relative qui a trait à la planification de la sécurité alimentaire dans ce pays. Il s'agit en l'occurrence de la capacité de l'État à garantir à sa population la disponibilité des stocks alimentaires. La sécurité alimentaire trouve désormais une définition plus consensuelle mais « multidimensionnelle » dans les institutions internationales comme l'Organisation des Nations-Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et la Banque mondiale (BM). Pour ces institutions, la sécurité alimentaire serait pleinement assurée chaque fois qu'il est possible de constater que : « (...) *Toutes les personnes, en tout temps, ont économiquement, socialement et physiquement accès à une alimentation suffisante, sûre et nutritive qui satisfait leurs besoins nutritionnels et leurs préférences alimentaires pour leur permettre de mener une vie active et saine* » <sup>491</sup>.

---

<sup>491</sup> Cette définition et ses dimensions conceptuelles élargies aux critères suivants de disponibilité alimentaire, d'accès à la nourriture, d'utilisation et de stabilité est une reprise du Sommet mondial de l'alimentation (1996) dans la « Note d'orientation de l'Organisation des Nations-Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) », 2006 N°2, p. 1. Elle marque une évolution conceptuelle de la notion de sécurité alimentaire depuis les années soixante-et-dix où elle renvoyait selon la même source à la capacité permanente d'approvisionner partout dans le monde les populations en nourriture indispensable en y garantissant l'équilibre nécessaire entre le prix des denrées alimentaires et le pouvoir d'achat des consommateurs. Toujours en reprenant la même source, nous pouvons constater que l'Afrique est la partie du monde qui concentre les plus grandes valeurs numériques des crises graves ou catastrophes humanitaires liées à l'insécurité alimentaire. De même ces crises alimentaires trouvent leur origine majoritairement soit dans l'impact des phénomènes naturels, soit dans l'action humaine. Voir le document 3 en annexe 2 le tableau n°2 adapté (sour-

[307]

La sécurité alimentaire suppose alors que soient vérifiées les conditions cumulatives suivantes d'après ces institutions internationales : « la disponibilité des aliments » c'est-à-dire leur fourniture, quelles que soient les sources d'approvisionnement (*production nationale, importation, aide internationale*) en quantité suffisante et en qualité selon les normes de sécurité, d'innocuité, de salubrité et d'hygiène ; « l'accès effectif à la nourriture » qui renvoie à la possibilité égale et légitime pour toute personne de se procurer sans restrictions juridiques possibles des ressources indispensables à son alimentation ; « l'utilisation adéquate et saine des ressources alimentaires » qui requiert des conditions de salubrité dans l'approvisionnement des aliments, dans l'assainissement du milieu et toutes les conditions qui participent du bien-être trophique et donc du maintien d'un bon état de santé du consommateur ; « la stabilité » enfin renvoie à l'idée de permanence de la disponibilité des ressources alimentaires à telle enseigne que le cours normal de cette permanence ne puisse être détérioré par un événement quelconque, qu'il s'agisse ou non d'une crise politique, économique, climatique, alimentaire. C'est dire que la sécurité alimentaire représente un enjeu sociopolitique dont l'influence sur la paix sociale et la stabilité politique explique l'inscription prioritaire dans l'agenda non seulement des politiques publiques nationales mais aussi internationales d'aide au développement. La régulation politique des problèmes sociaux, comme souvent c'est le cas notamment avec les émeutes de la faim, mobilise l'action des pouvoirs publics à harmoniser davantage leur stratégie de lutte contre l'insécurité alimentaire dont les conséquences dépassent généralement les clivages sociaux et les frontières des pays.

Toutefois les conditions présentes dans cette définition consensuelle et universelle de la sécurité alimentaire comportent en réalité des exigences de sécurité dont les degrés de satisfaction peuvent varier considérablement d'un pays [308] à l'autre dans le monde entier. En effet, beaucoup de pays en développement comme le Bénin ont encore, compte tenu de leur situation économique et sociale, des efforts à faire pour atteindre en tout point à ce niveau consensuel mondial de

---

ce FAO, SMIAR 2005) sur l'état des crises alimentaires dans le monde en 2005.

sécurité alimentaire. Le contexte social de pauvreté des classes populaires rend encore plus stochastique ce processus de sécurité alimentaire. Mais celle-ci reste dans cette perspective consensuelle de la sécurité un objectif sociétal permanent de l'action publique. Ainsi, les politiques nationales pour la réduction de la pauvreté à travers le DSRP ou la SCRП constituent des stratégies de développement social dont la sécurité alimentaire est une composante permanente non négligeable. Pourtant, dans un contexte, certes évolutif, de territorialisation de l'action publique, le DSRP fut et reste comme la SCRП aujourd'hui, une ambition des politiques publiques au niveau national. Si l'ambition de développement social et de réduction de la pauvreté filigrane un tant soit peu les Plans de Développement Communal (PDC), ceux-ci ne font aucun renvoi formel ni au DSRP ni à sa version finale, la SCRП à telle enseigne qu'il n'est pas possible de vérifier comment les différentes communes s'approprient<sup>492</sup> cette stratégie nationale et internationale de réduction de la pauvreté au Bénin. Certes, une tendance générale des institutions financières<sup>493</sup> sous régionales consiste à faire du DSRP au Bénin un bilan plutôt de réussite en termes de bonne gouvernance, de progrès macroéconomique et d'indicateur de performance notamment dans les domaines de l'éducation, de la santé, des transports, du développement rural et environnemental. Mais la réalité du contexte social en termes d'accroissement de la pauvreté<sup>494</sup> à l'intérieur de [309] chaque col-

<sup>492</sup> « On ne peut pas dire que le DSRP ni sa version de nouvelle génération, la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRП) sont véritablement appropriés et intégrés par les structures décentralisées. La mise en œuvre de ces programmes pour la réduction de la pauvreté est surtout définie au niveau du gouvernement et de ses structures déconcentrées. ». Cf. Entretien du 25 mars 2011 avec **TOYIGBÉ Émile**, docteur médecin-vétérinaire, chef-service Appui au Développement des Productions animales et de la Filière Agricole.

**FAD et BAD**, « Bénin – Document relatif à l'approbation de l'Initiative PPTE – point d'achèvement dans le cadre du dispositif PPTE renforcé », 2003, pp. 4 – 5.

<sup>494</sup> Ce constat de paupérisation des collectivités locales notamment dans la plupart des pays en développement est reconnu comme une conséquence de l'insécurité alimentaire qui menace des multitudes de populations si rien n'est fait, dans une déclaration commune des chefs d'État et de gouvernement ou de leurs représentants réunis à Rome au Sommet mondial pour la sécurité alimentaire du 16 au 18 novembre 2009. Les points trois à cinq et 18 de cette dé-

---

claration commune précisent en effet que : « -3. Nous assistons à une aggravation de la faim dans le monde et, en ce qui concerne la sécurité alimentaire mondiale, nous sommes confrontés au plus grand défi de l'histoire moderne. Nous affirmons qu'il est inacceptable que plus d'un milliard d'êtres humains dans le monde, principalement dans les pays en développement, ne disposent pas aujourd'hui de nourriture en quantité suffisante pour satisfaire leurs besoins nutritionnels fondamentaux journaliers. Le nombre de personnes souffrant de la faim dans le monde a augmenté de plusieurs millions en 2007 et 2008 à la suite de la hausse des prix des denrées alimentaires et l'on prévoit qu'il va encore augmenter de 105 millions en 2009 sous l'effet de la crise économique et financière qui provoque des pertes d'emplois et une aggravation de la pauvreté. -4. La sécurité alimentaire est fondamentale pour la réduction de la pauvreté, la bonne santé des populations, une croissance économique durable ainsi que pour la paix et la sécurité dans le monde, comme on a pu le constater en 2007-2008 lors des émeutes qui ont éclaté dans 22 pays dans toutes les régions du monde, menaçant la stabilité des gouvernements. Il y a encore aujourd'hui dans le monde 31 pays qui se trouvent en situation de crise alimentaire nécessitant une aide d'urgence. -5. La situation actuelle tient au fait qu'au lieu de s'attaquer aux facteurs structurels de la faim au cours des précédentes décennies, le monde a négligé l'agriculture dans les politiques de développement. Le temps est venu d'agir de façon responsable et de s'attaquer aux causes profondes et multiples de l'insécurité alimentaire en adoptant des solutions politiques, économiques, financières et techniques durables ; de sorte que l'humanité toute entière puisse exercer son « droit à l'alimentation » qui est le plus fondamental de tous les droits de l'homme. (...) -18. Nous sommes profondément préoccupés par l'insuffisance des ressources financières mises à disposition de l'agriculture dans les pays en développement et par l'insuffisance des investissements dans ce secteur qui fournit pourtant les moyens d'existence de 70 pour cent des pauvres dans le monde. L'aide au développement en faveur de l'agriculture a baissé de 58 pour cent en valeur réelle entre 1980 et 2005 alors que le total des engagements de l'aide publique au développement (APD) augmentait considérablement pendant la même période. Ainsi, la part de l'agriculture dans l'ensemble de l'APD a chuté de 17 pour cent en 1980 à 3,8 pour cent en 2006 et l'on a observé les mêmes tendances dans les budgets nationaux. C'est l'une des causes profondes de la récente crise alimentaire mondiale et des difficultés d'une majorité de pays en développement. Cette situation nécessite une réorientation décisive en faveur d'une allocation plus appropriée des ressources destinées à l'agriculture des pays en développement et d'un accroissement des investissements à court, moyen et long termes dans ce secteur afin de relever efficacement les défis de la sécurité alimentaire, qu'ils soient imminents ou à long terme. Il s'agit en effet de nourrir plus d'un milliard de personnes souffrant de la faim actuellement et de doubler la production agricole mondiale pour nourrir une population qui devrait atteindre 9,2 milliards d'habitants

lectivité territoriale contraste assez nettement avec ce discours de satisfaction des institutions étatiques et financières. Bien entendu, sous prétexte de réduction effective de la pauvreté dans ce pays, le discours solennel de satisfaction prôné par ces organismes financiers transnationaux valide surtout le processus escompté de réduction ou d'annulation des dettes bilatérales voire multilatérales de l'État béninois. Tel est l'objectif recherché ou plutôt la raison d'être du DSRP. Il s'agit alors de décrypter dans ce discours officiel les marques éventuelles d'une rhétorique de consensus par système ou de l'approbation des organisations financières internationales à l'instar du FMI de telle sorte que cette déclaration solennelle ne peut, en apparence, s'imposer comme neutre c'est-à-dire sans parti pris institutionnel. La décentralisation a, certes, favorisé l'émergence et le renforcement de la bonne gouvernance en associant les acteurs locaux dans la [310] planification des politiques publiques territoriales mais le processus manque toujours des ressources logistiques et technologiques pour son efficacité. L'identification des ressources locales dans les PDC est souvent une description linéaire des potentiels de développement social et économique dont regorge la commune mais sans forcément décider ni justifier des techniques opératoires de leur planification. De fait, les PDC reconnaissent, par exemple, l'importance des activités agropastorales dans l'économie locale sans pour autant développer des stratégies concrètes de mise en valeur de ce secteur indispensable pour garantir la sécurité alimentaire tant au niveau local que national. Cette absence de planification suffisante et effective dans la mise en œuvre des différentes modalités d'approvisionnement des ressources alimentaires au niveau local peut s'expliquer par deux causes sociopolitiques non négligeables : d'abord, le manque de visibilité sociale de la commune en tant qu'entité territoriale non seulement politique mais aussi économique en raison de la récente reconnaissance des dynamiques locales comme instances privilégiées du progrès social et du développement local. Ensuite, la situation d'impéritie quasi-généralisée qui, partout dans ce pays, caractérise l'institution communale en raison de l'absence ou de l'insuffisance de ses ressources autant matérielles que

---

*d'ici à 2050.* ». Cf. **FAO, Organisation des Nations-Unies pour l'alimentation et l'agriculture**, « Contribution du Secrétariat pour la définition des objectifs et les possibles décisions », Sommet mondial sur la sécurité alimentaire, novembre 2009, pp. 1 et 5.

didactiques ou simplement managériales à tel point que les décideurs locaux parviennent difficilement à exister sous les traits d'un véritable exécutif local. Ce contexte sociopolitique qui caractérise partout en Afrique noire le développement depuis les années deux mille de l'action publique locale dans tous les domaines de la gestion territoriale des affaires collectives incite Vincent Bertout<sup>495</sup> et Ivan Crouzel dans le cas du Mali et de sa gestion locale de la sécurité alimentaire à relativiser la prépondérance désormais reconnue des entités locales dans la détermination des politiques publiques de sécurité alimentaires de ce pays au contexte sociopolitique identique avec le cas béninois. En effet, d'après eux : « *Les acteurs locaux des dispositifs de sécurité alimentaire semblent aujourd'hui identifier l'échelon local comme échelon privilégié de la politique de sécurité alimentaire et la commune comme acteur incontournable de [311] la politique de sécurité alimentaire. Il existe une évolution positive des communes dans la revalorisation du local. Cette évolution dans les perceptions du rôle de la commune ne doit pas masquer que les acteurs eux-mêmes ont bien conscience des problèmes de cohérence et de consistance de ces institutions locales. En effet, bien que la politique de décentralisation soit engagée depuis le début des années 1990, les communes n'ont une véritable existence que depuis le début des années 2000, surtout à partir des élections municipales de 2004. Les relations entre les acteurs de la sécurité alimentaire et les exécutifs élus locaux sont donc relativement récentes.* ».

Ainsi, l'effectivité comme l'efficacité des politiques publiques locales de développement communal en général et de la sécurité alimentaire en particulier ont certainement partie liée avec l'efficacité et la consistance même du processus de décentralisation et de ses modalités de gouvernance territoriale.

---

<sup>495</sup> Vincent BERTOUT et Ivan CROUZEL, « Les dispositifs locaux de sécurité alimentaire au Mali » pp. 169-197, in : **Action Concertée Incitative**, « Acteurs stratégiques, cadres normatifs de l'action et régulations des politiques alimentaires au Sahel » NPP21, Rapport scientifique, Novembre 2008, Coordonnateur **Pierre JANIN**, **Claude ARDITI**, et alii publication : Institut de Recherche pour le Développement (IRD), octobre 2010, op. cit., pp. 172-173

En outre, la sécurité alimentaire ne peut avoir de sens si la Sécurité Sanitaire des Aliments (SSA)<sup>496</sup> n'est pas assurée c'est-à-dire lorsque l'approvisionnement des denrées alimentaires n'apportent plus assez ou pas suffisamment la garantie de leur innocuité, de leur salubrité et de leur qualité nutritive.

[312]

### *B\*) Denrées alimentaires et action publique de protection sanitaire*

[Retour à la table des matières](#)

L'action publique inhérente à l'organisation de la protection sanitaire au Bénin est une fois de plus interpellée par quelques comportements alimentaires des populations elles-mêmes. En effet, les méthodes artisanales de pêche, de conservation et de conditionnement de certaines provisions ne manquent pas de générer des risques alimentaires parfois à effet létal dans certains ménages des agglomérations rurales comme urbaines. Ainsi, la récurrence des phénomènes d'intoxication alimentaire qui touchent bon nombre de localités en particulier au Nord du Bénin, inscrit théoriquement dans l'agenda politique de l'action publique, la question prioritaire de la sécurité sanitaire des aliments et de leur approvisionnement dans ce pays. Il s'agit en l'occurrence d'assurer la qualité, la salubrité, l'innocuité et l'hygiène des aliments ou denrées mises en circulation à l'intérieur de l'espace social des échanges relatifs aux biens de consommation à usage alimentaire. Comment l'administration des différents services de protection sanitaire assure-t-elle en l'espèce le contrôle d'hygiène, de salubrité et d'innocuité des aliments mis, soit en circulation à l'intérieur de ce pays, soit en stockage par les ménages pour leur pro-

---

<sup>496</sup> La SSA est un concept universel de normalisation ou de réglementation nationale et internationale de la production alimentaire – agriculture, pêche, élevage – et de la mise en circulation des denrées alimentaires – importation et exportation – afin de garantir la sécurité sanitaire de tous les maillons de la chaîne alimentaire dont fait partie l'homme. Ce concept est de plus en plus promu et recommandé par des organisations internationales telles que l'Organisation des Nations-Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

pre consommation ? Les phénomènes récurrents d'intoxication alimentaire soulèvent particulièrement la question des contaminants chimiques agricoles. Dans l'espèce, c'est généralement l'utilisation imprudente des substances phytosanitaires pour la pêche puis la conservation de certaines denrées issues de l'agriculture locale qui finit par annihiler leur innocuité alimentaire et mettre ainsi en danger le consommateur final. En cette matière, la survenue des drames <sup>497</sup> sociaux d'intoxication alimentaire est toujours consécutive à la satisfaction par les personnes incommodées de leur besoin trophique. En effet, c'est toujours à la suite d'un repas en famille que survient le phénomène de l'intoxication générale de tous ceux qui ont pris part à cette nourriture. Une telle situation met en évidence une coïncidence spatio-temporelle qui permet de rechercher souvent l'explication de l'intoxication constatée dans les ingrédients [313] qui ont servi à la préparation des repas contaminés. Mais dans la quasi-totalité des cas observés, les condiments alimentaires ne posent pas en soi de problème d'innocuité. En effet, il ressort des constatations empiriques autour de ces phénomènes d'intoxication que l'innocuité des aliments en cause semble fortement compromise par l'imprévoyance des ménages autant dire par certains comportements imprudents des individus eux-mêmes. Le phénomène courant des intoxications alimentaires cache-t-il finalement un phénomène de banalisation individuelle et collective, certainement par habitude, de l'utilisation des pesticides <sup>498</sup> ou produits dangereux et leur mise en circulation dans l'espace public, dans les hameaux du cercle familial et dans le circuit privé formel ou informel <sup>499</sup> du commerce tant national que transnational. L'usage de plus en plus banalisé des produits toxiques aux vertus phytopharma-

---

<sup>497</sup> Une illustration de ces drames sociaux relatifs aux intoxications alimentaires est présentée en annexe 2 dans l'encadré n°2 : coupure de presse : intoxication alimentaire au Bénin.

<sup>498</sup> D'après l'Organisation des Nations-Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) : « *Les pesticides sont des substances chimiques toxiques utilisées en zones urbaines et agricoles pour lutter contre les ravageurs ou les tuer (dont les insectes, les mauvaises herbes et les maladies). Leur usage et leur introduction dans l'environnement peuvent provoquer divers problèmes, y compris des résidus dans l'alimentation humaine et animale.* ». Cf. FAO, 2011, [http://www.fao.org/ag/agn/agns/chemicals\\_pesticide\\_fr.asp](http://www.fao.org/ag/agn/agns/chemicals_pesticide_fr.asp)

<sup>499</sup> Cf. Entretien du 22 mars 2011 avec **Chabi K. SARRÉ**, chef-brigade de la police sanitaire des départements du Borgou/Alibori, op. cit.

ceutiques pour un meilleur rendement des cultures vivrières et surtout de la production cotonnière au Bénin pose finalement un problème de régulation suffisante de l'exposition des personnes, des cultures, des vivres et du milieu naturel à ces intrants chimiques agricoles également utilisés pour la performance des activités halieutiques et cynégétiques. Les populations rurales notamment agricoles se sont accoutumées à utiliser sans protection et à stocker à domicile, sans la moindre précaution, ces produits chimiques au pouvoir fertilisant ou phytosanitaire, dans des conditions qui compromettent donc gravement la sécurité et la santé des personnes. Les populations agricoles, pour la plupart analphabètes, semblent, en effet, ignorer ou banaliser la nocivité pour l'organisme humain de ces produits, certes fertilisants pour les terres cultivables, phytosanitaires pour les cultures mais absolument nuisibles à la santé de l'humain. Ces produits toxiques ou phytopharmaceutiques sont parfois détournés de leur usage habituel pour obtenir la conservation chimique notamment des céréales et autres denrées alimentaires. De fait, face à la menace des parasites comme la bruche puis tant d'autres espèces de charançon et l'absence [314] d'autres moyens ou techniques de conservation ou de protection des graminées, des légumineuses et des tubercules pour permettre leur usage ultérieur, les populations ont tendance de plus en plus à recourir aux intrants chimiques agricoles à la fois comme pesticides et conservateur chimique<sup>500</sup>. Le procédé de conservation <sup>501</sup> non conventionnelle

---

<sup>500</sup> « Les nombreuses intoxications alimentaires sont surtout dues au fait que les populations agricoles ont pris l'habitude de faire conserver les aliments par des méthodes non appropriées telles que les insecticides dont les effets sont foudroyants et pouvant aller jusqu'à la mort des victimes. ». Cf. **Martin GUIDAN**, ingénieur agronome, Directeur de la Promotion des Filières et de la Sécurité Alimentaire (DPFSA) – Entretien du 21 mars 2011.

<sup>501</sup> « *La conservation de certaines denrées (maïs, niébé et cossettes d'igname) est faite en principe avec le Sofagrain. Mais la mauvaise utilisation de ce conservateur pour des raisons de doses, soit excessives, soit trop faibles, cause des dommages aux populations. Ainsi pour plus d'efficacité, certains paysans ont simplement recours à l'action des pesticides. Cela provoque évidemment de nombreuses intoxications. La contamination des aliments est aussi favorisée par le fait que les paysans croisent les cultures vivrières avec les plantations cotonnières afin de profiter des intrants chimiques destinés au traitement du cotonnier pour compenser l'absence d'engrais vivriers.* ». Cf. Entretien du 22 mars 2011 avec **Téré ALI**, responsable du service de Suivi Evaluation Statistique et de la Documentation au CeRPA Borgou/Alibori.

consiste alors à imprégner céréales et tubercules du liquide obtenu avec un mélange d'eau et de produit phytopharmaceutique. Dans une étude sur la gestion des risques environnementaux et sociaux au Bénin, l'Agence de Financement des Initiatives de Base (AGeFIB) et le Ministère chargé du Plan, de la Prospective et du Développement (MCPD), avaient déjà mis en exergue les différents types d'usage des pesticides dans certaines agglomérations rurales voire périurbaines au Bénin. En effet, selon cette étude, les pesticides sont utilisés non seulement pour la : « *Protection phytosanitaire des cultures* » mais aussi à des : « *fins médicamenteuses* » par bon nombre de personnes car, précise cette étude : « (...) *Il n'est pas rare de rencontrer des paysans affirmer tout haut que tel ou tel produit phytopharmaceutique peut aider à se débarrasser de tels ou tels maux (maux de tête, de ventre, de dents, des plaies etc.) ce qui est source de contaminations chroniques ou aiguës. Les pesticides sont utilisés pour la chasse et la pêche : il arrive que certains producteurs mal intentionnés et avides de gain facile n'hésitent pas à utiliser les produits phytopharmaceutiques pour pêcher ou chasser, mettant en danger la vie des consommateurs par suite de graves cas d'intoxications alimentaires. Les pesticides sont utilisés pour des traitements non recommandés : exemple des traitements au champ ou en stock du niébé, du maïs, des cossettes d'igname ou de manioc se font régulièrement avec des produits destinés au traitement du [315] cotonnier. Ce sont également là, des causes de graves intoxications alimentaires. Les pesticides sont aussi utilisés pour le contrôle des insectes des poulaillers. Aussi, pour se mettre à l'abri du vol, les principaux lieux de stockage des pesticides par les producteurs sont leurs chambres à coucher, ce qui n'est pas sans risque pour la santé. Selon OBEPAB 2000, les emballages vides de pesticides sont utilisés pour stocker, conserver et transporter : des boissons dont l'eau, le **tchakpalo**, le **sodabi**, des aliments tels que les bouillies, de l'huile.* » <sup>502</sup>.

---

<sup>502</sup> République du Bénin, Ministère Chargé du Plan, de la Prospective et du Développement (MCPD) et Agence de Financement des Initiatives de Base (AGeFIB), « Étude du Cadre de Gestion des Risques Environnementaux et Sociaux (CGRES) du Projet National de Développement Conduit par les Communautés (PNDCC) », Janvier 2004, op. cit., pp. 53 et 54. Le *tchakpalo* et le *sodabi* sont des boissons locales de fabrication traditionnelle. OBEPAB

Les phénomènes d'intoxication alimentaire qui découlent de ces pratiques déviantes ne manquent pourtant pas de défrayer la chronique médiatique chaque année mais sans vraiment susciter une réelle prise de conscience des populations concernées sur les causes de ces risques collectifs. En témoigne l'article de presse du 1<sup>er</sup> mars 2010 intitulé : « *Bénin : du poison dans le poisson* » présenté par Cyprien Gangnon <sup>503</sup>. En effet, l'intoxication alimentaire s'explique également par certaines méthodes de pêche mises au point par quelques pêcheurs assez imprévoyants pour le risque qu'ils font courir à eux-mêmes et aux autres. C'est ainsi que les pesticides destinés à l'entretien des cultures de coton sont détournés à d'autres fins telles que la pêche aux poissons. La pêche est certes fructueuse avec ces produits phytosanitaires très toxiques car tous les poissons du courant d'eau, y compris leurs larves, meurent de pesticide abreuvés. Selon une enquête de l'OBEPAB : « *Les pesticides utilisés au Bénin sur le cotonnier sont de diverses natures. Il s'agit des binaires acarides (pyréthrinoïdes et organophosphorés acricides), des binaires aphicides (pyréthrinoïdes et organophosphorés aphicides) et des produits simples (organochloré : endosulfan) (...). La consommation de pesticides dépend de leur prix car une augmentation de prix de pesticides entraîne en général une diminution de leur consommation. Par contre, elle n'influence [316] nullement la production (...). Les pesticides présentent des dégâts importants sur l'environnement et affectent négativement la santé des producteurs et des consommateurs.* » <sup>504</sup>.

Mais dans le cas de pollution des cours d'eau par les substances chimiques phytosanitaires, la chaîne de contamination ne se limite pas seulement à la faune aquatique puisque des familles entières se trouvent à leur tour brisées pour avoir assouvi leur besoin alimentaire en consommant les produits halieutiques ainsi contaminés. Les interdic-

---

2000 renvoie à l'édition 2000 de l'Organisation Béninoise pour la Promotion de l'Agriculture Biologique (OBEPAB).

<sup>503</sup> **ebeninois.com, webzine économique du Bénin**, publication télématique du 1<sup>er</sup> mars 2010, « Bénin : du poison dans le poisson ? », article de presse de Cyprien GANGNON, op. cit.

<sup>504</sup> **Organisation Béninoise pour la Promotion de l'Agriculture Biologique (OBEPAB)**, « Le Coton au Bénin : rapport de consultation sur le coton conventionnel et le coton biologique au Bénin. A report for PAN UK's Pesticides Poverty and Livelihoods project » OBEPAB – Août 2002, op. cit., pp. 12 et 13

tions et avertissements provenant des autorités publiques ne sont guère suivis d'effet, car ces individus s'adonnent toujours à leurs pratiques dangereuses de pêche. Ils ne clament d'ailleurs qu'un seul regret : que le DDT ne figure plus parmi les quantités de pesticides importées par le Bénin. Le DDT est l'abréviation du Dichloro-Diphényl-Trichloréthane <sup>505</sup>. Ce puissant insecticide organique interdit à la vente en France depuis 1971 est toujours reconnu par des pêcheurs béninois comme un moyen encore plus efficace que les pesticides d'aujourd'hui pour rendre la pêche fructueuse. De fait, l'importation informelle des pesticides dans l'espace communautaire sous-régional de l'Afrique de l'Ouest, n'est qu'une circonstance aggravante des risques relatifs à l'occurrence des accidents en lien avec les contaminations par les résidus de ces pesticides dans l'air, dans l'eau et dans les cultures vivrières. Les conséquences de ces pratiques déviantes sur la faune aquatique, sur les populations riveraines, en somme, sur l'écosystème ne semblent pas interpeller suffisamment une réelle aperception proactive ni des autorités publiques, ni de ces pêcheurs aux pesticides en eaux troubles. Le même constat est souligné par le médecin vétérinaire Emile Kangala <sup>506</sup> qui rappelle, pour sa part, que ces nombreux usages détournés des pesticides finissent par contaminer l'ensemble de la chaîne alimentaire. En effet, les conséquences de ces pesticides pour la santé du bétail et de la faune aquatique entraînent aussi des répercussions graves à plus ou moins long terme sur la santé de l'homme. L'effet des actions combinées de toutes ces substances toxiques qui [317] environnent si banalement de nos jours l'espace vital de l'homme moderne, pour autant qu'elles accompagnent l'efficacité de ses activités, amène Ulrich Beck à s'interroger, d'abord pour le risque graduel qu'elles font planer sur l'être humain afin d'interpeler par la suite, l'éthique et la responsabilité nécessaires de toute action humaine : « *Ce qui peut-être n'est pas « inquiétant » [considère-t-il] pour un produit particulier peut se révéler extrêmement dangereux dans le « pot commun du destinataire ultime » qu'est devenu l'homme au stade avancé de l'économie de marché totale (...). Que la consommation de plusieurs médicaments soit susceptible d'annuler ou de potentialiser les effets de chacun des médicaments*

<sup>505</sup> Cf. Larousse, dictionnaire.

<sup>506</sup> **Emile KANGALA**, docteur médecin-vétérinaire, cf. Entretien du 11 mars 2010 op. cit.

*consommés, c'est une chose connue. Or on sait que l'être humain ne vit pas (encore) de la seule consommation de nombreux médicaments. Il inhale également des produits polluants présents dans l'air, boit ceux qui sont présents dans l'eau, mange ceux qui sont présents dans les légumes, etc. En d'autres termes : toutes ces substances aux effets polluants négligeables s'additionnent. Est-ce qu'en s'additionnant elles deviennent de plus en plus négligeables (comme c'est le cas d'ordinaire selon les règles de l'addition en mathématiques) ? »* <sup>507</sup>.

Des physiologistes pourraient alors rétorquer en guise de réponse que la nature humaine est si bien faite que l'organisme de tout être vivant n'assure pas seulement la fonction biotique et biologique de consommer puis d'assimiler par anabolisme mais aussi celle qui consiste à éliminer les éléments superflus par excrétion ou par catabolisme. Mais alors jusqu'à quel point et pour quels produits ? C'est là où se trouve posée, en effet, la question puisque si la nature est si bien faite que tous les organes vivants se régénèrent en digérant des substances aux vertus trophiques et nutritives, ils ne peuvent qu'être incommodés lorsqu'il s'est agi de substances aux constituants toxiques <sup>508</sup> et donc potentiellement nocifs. Bien [318] des études scienti-

<sup>507</sup> Ulrich BECK, *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris : Editions ALTO Aubier, op. cit., pp. 47 et 48.

<sup>508</sup> En témoigne cet extrait des conclusions d'une expérimentation scientifique de chercheurs physiologistes sur les amalgames dentaires et présenté ainsi par **André CIOLELLA** et **Dorothée Benoit BROWAEYS** : « Murray Vimy, professeur de physiologie médicale à l'université de Calgary (Alberta) et consultant à l'OMS), (...) suit (avec son collègue Fritz Lorscheider) le mercure radioactif Hg, libéré par les amalgames placés dans la cavité buccale de cinq brebis gestantes : la concentration de mercure est en moyenne 9000 fois supérieure à la normale dans le rein des brebis après quarante jours d'exposition. Le placenta se montre très chargé ainsi que certains organes du fœtus comme le foie et l'hypophyse. Le lait de la brebis s'avère également contaminé. Certains ont alors critiqué ce travail en arguant que le mouton rumine, contrairement à l'homme. L'expérience a donc été reconduite sur un macaque en révélant encore une surcharge de mercure dans les reins. « Nous voyons donc qu'il existe une exposition chronique, à faible dose, à un métal toxique que 80 % des gens du monde industrialisé ont implanté dans leur bouche, concluait Murray Vimy. C'est une situation d'empoisonnement progressif différé [...]. L'utilisation de l'amalgame comme matériau d'obturation dentaire chez la femme et l'enfant doit être reconsidérée. » ». In **André CI-**

fiques et sociologiques ont déjà démontré partout dans les sociétés industrielles le lien causal existant entre l'apparition de certaines pathologies chroniques et la présence inappropriée de métaux lourds dans l'environnement immédiat des personnes touchées. C'est le cas du saturnisme pour les contaminations aux sels de plomb lorsqu'ils sont consommés en même temps que l'eau dans des proportions non négligeables ; c'est le cas aussi de l'argyrisme lorsque les polluants mis en cause dans la consommation alimentaire habituelle sont des particules d'argent. La même enquête de l'OBEPAB rappelle que : « *L'utilisation des pesticides dans les zones de production cotonnière au Bénin comporte des risques pour l'homme. La non protection adéquate des utilisateurs de pesticides lors des séances de pulvérisation et le non respect des consignes d'utilisation les exposent à des problèmes de santé et ou à des cas de décès (...). 241 personnes (91% des cas) ont souffert des problèmes de santé et 24 autres (9% des cas) sont décédées. 75% des victimes sont de sexe masculin et 25% de sexe féminin. Les victimes des cas d'intoxications humaines aiguës enregistrées sont surtout les enfants et les jeunes (...). Selon le CARDER Borgou, l'on a enregistré au cours de la campagne 1999/2000, 73 cas d'intoxications humaines et 37 cas de décès. Cette situation est due pour la plupart à la consommation d'aliments contaminés par le callisulfan.* » <sup>509</sup>.

Devant l'accroissement de ces risques sanitaires <sup>510</sup>, la réponse de l'action publique et de la société civile a consisté non seulement à

---

COLELLA et Dorothee Benoit BROWAEYS, *Alertes santé*, Fayard, 2005, pp. 110 et 111.

<sup>509</sup> **Organisation Béninoise pour la Promotion de l'Agriculture Biologique (OBEPAB)**, « Le Coton au Bénin : rapport de consultation sur le coton conventionnel et le coton biologique au Bénin. A report for PAN UK's Pesticides Poverty and Livelihoods project » OBEPAB – Août 2002, op. cit., pp. 11 et 12.

<sup>510</sup> Ces risques sanitaires collectifs englobent tous les maillons de la chaîne alimentaire comme le constate la même enquête de L'OBEPAB 2000 : « *Plusieurs espèces animales sont menacées dans les zones de culture de coton pendant la période des traitements phytosanitaires. Les espèces les plus touchées sont les vers de terre, les abeilles (...), les serpents et les rongeurs (...). Cela présente des conséquences très lourdes sur l'environnement avec déséquilibre de la chaîne trophique. Outre ces espèces menacées, il y a aussi les espèces halieutiques qui sont dangereusement menacées par la pollution des*

former puis informer les [319] populations agricoles sur les méthodes recommandées d'utilisation et de stockage des produits phytopharmaceutiques, mais aussi à promouvoir des techniques alternatives d'optimisation des rendements agricoles sans traitements phytosanitaires chimiques ou organiques. L'information puis la formation des agriculteurs voire des femmes fortement impliquées dans la commercialisation des récoltes sont assurées par la vulgarisation des technologies de conservation moins risquées tel que le triple ensachage des légumineuses et des pratiques phytosanitaires saines sous l'impulsion didactique des animateurs techniques des Centres Régionaux pour la Promotion Agricole (CeRPA). Néanmoins ce procédé préventif ne permet pas d'obtenir l'éradication complète de l'insécurité sanitaire des aliments due à l'exposition non contrôlée de toute la chaîne alimentaire à l'action des pesticides. En effet, les connaissances transmises aux paysans et à leur entourage ne suffisent pas toujours pour impulser un changement radical de comportement de ces derniers qui continuent, malgré tout, de dépendre des traitements phytopharmaceutiques pour accroître leur production agricole. Pour expliquer l'obstination, dans certains cas, des populations agropastorales, cibles privilégiées des programmes de développement agraire, à préférer leurs pratiques agricoles habituelles aux techniques d'optimisation des cultures vivrières diffusées par les agents de vulgarisation rurale, Jean-Pierre Olivier de Sardan <sup>511</sup> qui souligne ainsi la teneur de la logique comportementale des agriculteurs, considère pour sa part que : « *Ce qui a fait ses preuves* », - *et en agriculture les pratiques paysannes*

---

*cours d'eau par les pesticides et par les pratiques de la pêche en utilisant les pesticides de synthèse. Cela s'observe dans plusieurs milieux agricoles et exclusivement par les hommes dans divers cours d'eau (...). En outre, les animaux domestiques sont aussi exposés à des intoxications en s'abreuvant dans les cours d'eau contaminés ou en broutant les herbes se trouvant en bordure des champs traités.* ». Cf. **Organisation Béninoise pour la Promotion de l'Agriculture Biologique (OBEPAB)**, « Le Coton au Bénin : rapport de consultation sur le coton conventionnel et le coton biologique au Bénin. A report for PAN UK's Pesticides Poverty and Livelihoods project » OBEPAB – Août 2002, op. cit., p. 12.

<sup>511</sup> **Jean-Pierre Olivier De SARDAN**, « Sociétés et développement » pp. 28-37, in **Didier FASSIN** et **Yannick JAFFRÉ**, (dir.), *Sociétés, développement et santé*. Collection Médecine tropicale. Paris : Les Éditions Ellipses, op. cit., p. 15. [En ligne], disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 15 décembre 2009].

*locales sont le plus souvent le produit d'une longue adaptation à un milieu, adaptation qui a largement fait ses preuves sur le long terme -, est très rationnellement préféré au risque. ».*

[320]

Ainsi, dans cette même perspective de l'incertitude ou de la crainte de l'incertain, l'utilisateur des produits chimiques phytosanitaires qui est alors conscient du bénéfice qu'il peut en tirer et des risques matériels ou économiques qu'il encourt à ne pas y recourir, tient le même raisonnement, de sorte que sa logique préférentielle va naturellement dans le sens de l'aversion rationnelle au risque de la perte de rentabilité ou d'une baisse de productivité qui serait alors lié à l'effet du rationnement ou du retrait des pesticides.

C'est dans ce contexte social d'habitation collective que des acteurs de la société civile, à l'instar de l'association à but non lucratif OBEPAB, tentent donc de mettre en œuvre de nouvelles vulgarisations technologiques <sup>512</sup> notamment avec la promotion d'un « label bio » <sup>513</sup> dans la production du coton. Ainsi, à côté du coton conven-

---

<sup>512</sup> Voir en annexe 1 le document 4 : Coton biologique et cultures vivrières : **Image-photo OBEPAB** : Action d'information et de vulgarisation agricole.

<sup>513</sup> Dans cette perspective de protection écologique, l'OBEPAB souligne justement en ces termes la nécessité pour le pays de concilier développement économique et protection de la nature et, par suite, des hommes. Selon cette organisation : « *La production de coton sur le plan national est passée de 272.371 tonnes en 1993 à 376.141 tonnes en l'an 2000 soit une augmentation de 38,10% pour une période de huit (8) ans. Cette augmentation de production rythme également avec le niveau de consommation de pesticides. Ainsi, au plan national, la consommation de pesticides est passée de 1.972.764 litres en 1993 à 2.314.127 litres en l'an 2000 soit une augmentation de 17,30% en huit (8) ans. L'utilisation des pesticides en agriculture, précisément dans les zones de production cotonnière présente des risques sérieux aussi bien pour l'homme que pour l'environnement. En effet, selon l'étude réalisée par l'ONG béninoise OBEPAB au cours de la campagne 1999/2000, l'on a enregistré 147 cas d'intoxication dont 10 décès. Pour la même campagne, le CARDER-BORGOU a rapporté 73 cas d'intoxications humaines et 37 cas de décès dans le département du Borgou. Ces drames ne sont que l'expression des incidents qui se produisent depuis des années et qui ne font pas l'objet d'une documentation. Cette situation dramatique et alarmante due à l'utilisation de l'endosulfan pour faire face à la résistance de *Helicoverpa armigera* impose la recherche de méthodes alternatives de lutte contre les ravageurs des cultures. D'où l'initiative de produire le coton biologiquement surtout dans le sou-*

tionnel <sup>514</sup> soumis aux traitements phytopharmaceutiques, le cotonnier [321] biologique est pensé et, de plus en plus promu au sein des populations agricoles, comme une réponse alternative à la lutte contre l'insécurité sanitaire des denrées alimentaires et la dégradation de la faune puis de la flore en raison de l'utilisation massive et détournée des intrants chimiques agricoles. Il s'agit en l'occurrence de faire reconnaître et valoriser de façon proactive par les populations agricoles des techniques, entre autres, de phytosociologie, c'est-à-dire, l'association judicieuse des végétaux, en apprenant par exemple aux cotonculteurs à reconnaître et privilégier eux-mêmes les plantes nuisibles aux ravageurs mais sans danger pour le développement normal du

---

*ci de la préservation de la santé des consommateurs et producteurs et de la protection de l'environnement pour un développement socio-économique et écologique durable. Cette initiative datant de l'année 1996 émane de deux institutions, OBEPAB et PADEC actuellement devenu PADIC. Ces institutions ont réalisé assez d'expériences dans l'agriculture biologique et surtout dans le coton biologique. ». Cf. **Organisation Béninoise pour la Promotion de l'Agriculture Biologique (OBEPAB)**, « Le Coton au Bénin : rapport de consultation sur le coton conventionnel et le coton biologique au Bénin. A report for PAN UK's Pesticides Poverty and Livelihoods project » OBEPAB – Août 2002, ibidem. Le CARDER actuel CeRPA est le sigle du Centre d'Action Régionale pour le Développement Rural. Il en existe un pour deux départements comme son successeur le CeRPA – Centre Régional pour la Promotion Agricole. Le PADIC désigne le Projet d'Appui au Développement Institutionnel de la Circonscription.*

<sup>514</sup> **L'OBEPAB** donne la définition suivante du coton conventionnel opposé ici au coton biologique : « *Le coton conventionnel est du coton qui est produit en utilisant des produits chimiques de synthèse pour le traitement des semences, la protection de la culture et les engrais minéraux pour la fertilisation du sol dans le système de production (...). Le coton biologique est le coton produit en s'abstenant systématiquement de l'utilisation des produits chimiques (engrais chimiques et pesticides de synthèse). Ce coton est produit en valorisant les ressources locales telles que les graines de neem, les plantes insecticides et insectifuges, la bouse de vache, le fumier, le tourteau de palmiste (...). L'initiative de produire du coton biologique par l'OBEPAB est née à l'issue d'une étude réalisée sur les possibilités d'établir des liens commerciaux en coton durable entre le Bénin et les Pays-Bas en 1994 et d'une rencontre sur le coton et l'environnement à Kandi en 1995. ». Cf. **Organisation Béninoise pour la Promotion de l'Agriculture Biologique. (OBEPAB)**, « Le Coton au Bénin : rapport de consultation sur le coton conventionnel et le coton biologique au Bénin. A report for PAN UK's Pesticides Poverty and Livelihoods project » OBEPAB – Août 2002, op. cit., pp. 7 et 16.*

cotonnier et le rendement optimal, par suite, de la production cotonnière. D'autres techniques naturelles <sup>515</sup> de protection du cotonnier contre l'invasion des insectes ravageurs consistent à promouvoir l'attraction des sites de production cotonnière par les insectivores ou les prédateurs naturels des ravageurs. Toutefois, cette modalité écologique de gouvernance et de gestion publique des risques sanitaires collectifs est encore confrontée à quelques obstacles organisationnels <sup>516</sup>. En effet, des problèmes d'encadrement et d'accompagnement techniques des producteurs de coton biologique – faute de ressources humaines et financières – traduit finalement la faible implication de l'État dans la promotion d'une agriculture biologique durable. Ces difficultés de planification efficiente de l'agriculture biologique au Bénin entraînent la désorganisation des producteurs du coton biologique et l'absence de politique [322] nationale hardie pour la reconnaissance internationale outre la valorisation locale du label bio porté par ce secteur de la production cotonnière dans ce pays. Ainsi, l'agriculture biologique est certes, une réponse sociale possible face à la menace d'insécurité relative à la qualité sanitaire des aliments et aux risques de pollution toxique due à l'impact des intrants chimiques agricoles sur l'homme et son environnement mais elle reste une riposte encore insuffisante et toujours stochastique de l'action publique. En effet, la promotion et l'expansion de l'agriculture biologique ne peuvent véritablement prospérer sans l'implication didactique et logistique des services spécialisés de l'État. La seule sensibilisation des acteurs de la société civile ne peut nullement suffire à promouvoir et

---

<sup>515</sup> Voir en annexe 1, le document 4 : Coton biologique et cultures vivrières : Image-photo **OBEPAB** : Technique écologique de protection du cotonnier.

<sup>516</sup> « L'exploitation du coton biologique reste de nos jours une production à tire expérimental qui connaît des problèmes d'organisation et d'adhésion des paysans. ». Cf. Entretien du 22 mars 2011 avec **Yacoubou BONI**, responsable volet pastoralisme de l'Association pour la Promotion des Initiatives du Développement durable (API Dev – ONG). L'association mène aussi des actions de sensibilisation et information des producteurs sur l'utilisation des intrants chimiques agricoles. Pour **Yacoubou BONI** : « *Malgré les efforts de sensibilisation de la société civile, rien ne change. Les gens utilisent toujours mal les produits chimiques agricoles et leurs emballages. Pour certains, c'est l'ignorance du danger qui conduit à ces comportements mais pour d'autres, c'est la recherche du profit et l'économie des moyens qui expliquent l'utilisation détournée des insecticides et de leurs emballages.* ».

dynamiser une agriculture biologique qui a pour vocation, avant tout, une agriculture économique, au-delà donc de la simple agriculture alimentaire. En outre, la production du coton biologique est encore plus assujettie aux aléas climatiques, source de déconvenue<sup>517</sup> et de démoralisation dans le rang des producteurs agricoles. Face aux problèmes des intempéries et de baisse de fertilité des terres cultivables, certains producteurs abandonnent simplement la production du coton biologique pour se rabattre soit sur la production des cultures vivrières soit sur celle du coton conventionnel. Dans ce contexte, la consommation massive des intrants chimiques agricoles et leurs impacts nocifs sur l'ensemble de la biocénose peinent en conséquence à s'atténuer. En toute hypothèse, l'exposition dangereuse des personnes, de la faune et de la flore aux risques de pollution due à l'accroissement de la consommation phytosanitaire des intrants chimiques agricoles dévoile aussi une préférence des acteurs<sup>518</sup> autant individuels [323] qu'institutionnels pour des choix fondés sur des motivations plutôt économiques que strictement sanitaires. En effet, c'est dans une motivation purement économique que l'État béninois concède aux sociétés privées, en l'occurrence la Société Distributrice d'Intrants (SDI)<sup>519</sup> le

---

<sup>517</sup> « *Le coton biologique produit surtout dans le département de l'Alibori est un peu exigeant en raison de ses méthodes phytosanitaires que les producteurs ont du mal à mettre en œuvre.* ». Cf. Entretien du 22 mars 2011 avec **Téré ALI**, responsable du service de Suivi Evaluation Statistique et de la Documentation au CeRPA Borgou/Alibori, op. cit.

<sup>518</sup> Élément incontournable de tout système en interactions, l'acteur peut être la figure autant de l'individu stratégique, agissant pour réaliser ses intérêts que de l'institution, elle-même calculatrice, qui organise les modalités comme les possibles de ceux-ci. Pour **Claude GIRAUD** : « *L'acteur est à la fois celui par qui l'inattendu se produit et celui par qui le même et le semblable se reproduisent. Il peut être à la fois agent et acteur dans un système d'interaction mais à des moments différents ou en fonction des situations (...). Les acteurs intervenant dans le cadre de l'action publique, sont également des acteurs intervenant dans la sphère des relations marchandes [c'est-à-dire des relations stratégiques de négociations permanentes] et dans d'autres microsystemes. Ils peuvent alors avoir à trancher entre un intérêt d'acteur marchand et un intérêt d'acteur institutionnel.* ». In **Claude GIRAUD**, *Concepts d'une sociologie de l'action. Introduction raisonnée*, Paris, Editions L'Harmattan, 1994, pp. 92 et 95.

<sup>519</sup> Cf. **Organisation Béninoise pour la Promotion de l'Agriculture Biologique (OBEPAB)**, « *Le Coton au Bénin : rapport de consultation sur le coton*

droit ou l'agrément d'importer et de distribuer les pesticides à l'intérieur de ce pays. Ce choix peut s'expliquer, à toutes fins utiles, par des préoccupations économiques de développement du coton conventionnel, principale source de devises étrangères pour l'économie du pays, peu important donc ses impacts possibles du point de vue écologique et sanitaire <sup>520</sup>. De même, l'acteur individuel, c'est-à-dire, le producteur agricole, ou le marchand de légumes, y compris le pêcheur et le chasseur préfèrent tous privilégier la rentabilité économique de l'association des pesticides au développement escompté de leur activité comme si, finalement, ils reléguent au dernier rang la gravité du risque sanitaire que ce choix tactique comporte pour eux-mêmes et pour autrui. Ulrich Beck analyse le même phénomène propre à la misère sociale et à ses conséquences avérées en ces termes : « *Entre la menace visible de mourir de faim et la menace invisible d'une mort par intoxication, c'est l'évidence de la lutte contre la misère matérielle qui l'emporte. Sans l'utilisation massive de substances chimiques, les rendements des champs baisseraient et les insectes et les champignons engloutiraient une partie des récoltes. Avec la chimie, les pays pauvres de la périphérie peuvent couvrir leurs besoins alimentaires, ils gagnent un peu d'indépendance par rapport aux métropoles du pouvoir du monde industriel. [324] Les usines chimiques installées sur place renforcent cette impression d'indépendance dans la production et de liberté par rapport aux im-*

---

conventionnel et le coton biologique au Bénin. A report for PAN UK's Pesticides Poverty and Livelihoods project » OBEPAB – Août 2002, op. cit.

<sup>520</sup> En effet, pour les probables impacts sanitaires des pesticides, **Jean-François NARBONNE**, faisait déjà remarquer que : « *Ces dernières années, de nombreuses études épidémiologiques ont traqué chez les agriculteurs et leurs familles le lien entre pesticides et cancers, troubles de la reproduction ou maladies neurologiques. On accuse les pesticides d'augmenter le risque de stérilité masculine, de fausses couches, de retard de croissance, de malformations fœtales (bec-de-lièvre). Mais c'est leur responsabilité dans l'apparition de cancers qui a été la plus étudiée. La manipulation de ces produits augmenterait le risque de lymphome non hodgkinien et de leucémie. En outre, les enfants seraient particulièrement sensibles à l'effet cancérigène de certaines molécules. Une association forte entre pesticides et maladie de Parkinson est également mise en évidence par de nombreux travaux.* ». Cf. **Jean-François NARBONNE**, « Pesticides » pp. 358-363, in Dictionnaire des risques, 2<sup>e</sup> Edition sous la direction d'**Yves DUPONT**, Paris, Editions Armand Colin, 2007, op. cit., p. 359.

*portations coûteuses. La lutte contre la faim et pour l'autonomie forme le bouclier derrière lequel les risques, qui de toute façon sont imperceptibles, sont refoulés, banalisés, et donc potentialisés, diffusés et finalement restitués aux riches pays industrialisés par l'intermédiaire des chaînes alimentaires.* » <sup>521</sup>.

En somme, ces comportements stratégiques de l'acteur individuel illustrent la rationalité <sup>522</sup> même de l'Homo œconomicus <sup>523</sup> mais seu-

---

<sup>521</sup> Ulrich BECK, *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris : Editions ALTO Aubier, op. cit., pp. 76 et 77.

<sup>522</sup> Selon Claude GIRAUD : « *La rationalité de l'acteur est une façon de penser et d'expliquer la réalité sociale. Elle est donc un modèle d'analyse plus proche de la fiction de l'état de nature chez Rousseau que de la réalité des conditions humaines. La rationalité de l'acteur est d'ailleurs pensée comme étant une rationalité limitée à la fois par ses capacités cognitives et par le contexte dans lequel il agit. Cette double limite de la rationalité n'aboutit pourtant pas à un relativisme culturel ni à une indétermination. Elle fonde au contraire la dynamique des rapports sociaux sur la découverte de moyens d'action dans un environnement d'acteurs et de règles contraignant mais offrant des opportunités stratégiques. Ce sont en conséquence les « bonnes raisons » qu'ont les individus d'agir de telle ou telle façon qui seront associées à cette conception de la rationalité (ce qui ne signifie nullement que la démarche sociologique sera, in fine, une démarche d'enregistrement des motifs d'agir sans aucune perspective de changement.)* ». In Claude GIRAUD, *Concepts d'une sociologie de l'action. Introduction raisonnée*, Paris, Editions L'Harmattan, op. cit., p. 20.

<sup>523</sup> Cette expression de l'Homo œconomicus est une figuration de l'être calculateur qui présuppose alors les comportements rationnels de l'individu pour maximiser chaque fois son utilité en opérant des choix nécessaires à cette seule fin. Il s'oppose à « l'Homo sociologicus » dans la mesure où selon cette figuration sur les moyens potentiels de maximisation de la liberté et de l'utilité de l'individu : « *L'Homo œconomicus agit ses préférences en réaction à des stimuli alors que l'acteur stratégique découvre ses enjeux en fonction des opportunités.* [Claude GIRAUD, 1994, p. 13] ». Ainsi, pour Claude GIRAUD : « *A suivre Jon Elster, la ligne de clivage la plus persistante dans les sciences sociales procède « des deux formes de pensée que l'on associe aux noms d'Adam Smith et d'Emile Durkheim : c'est l'opposition entre l'Homo œconomicus et l'Homo sociologicus. Celui-là est censé être guidé par une rationalité instrumentale, tandis que celui-ci est guidé par des normes sociales. Le premier est « tiré » par la perspective d'avantages à venir alors que le second est « poussé » de derrière par des forces quasi inertielles...* » (Elster J., 1989). Cette opposition de paradigme ne signifie pas pour autant que le concept d'intérêt est seulement lié à l'Homo œconomicus et à ses prolonge-

lement dans une perspective où l'importance de la rentabilité économique est toujours hypostasiée comme si l'agent économique banalisait délibérément l'importance pourtant pérenne de son capital-santé de même que l'intérêt sanitaire que requiert son activité pour autrui. Mais tant s'en faut, car, ces comportements à risques sanitaires collectifs mettent, avant tout, en évidence, la problématique même de la pauvreté et de sa régulation dans les politiques publiques. En effet, l'état de [325] pauvreté avancé et continu des acteurs individuels dans un pays en développement peut amener ceux-ci à reléguer au dernier plan, par habitus au sens de Pierre Bourdieu <sup>524</sup>, même des besoins

---

*ments dans les théories de l'acteur individualiste. Elle ne signifie pas non plus que les valeurs et les normes sont des concepts absents du paradigme de l'acteur individuel.* ». In **Claude GIRAUD**, *Concepts d'une sociologie de l'action. Introduction raisonnée*, Paris, Editions L'Harmattan, op. cit., p. 77.

<sup>524</sup> Selon **Pierre BOURDIEU** en effet : « *L'habitus, comme système de disposition à la pratique, est un fondement objectif de conduites régulières, donc de la régularité des conduites, et si l'on peut prévoir les pratiques (...), c'est que l'habitus est ce qui fait que les agents qui en sont dotés se comporteront d'une certaine manière dans certaines circonstances. Cela dit, cette tendance à agir d'une manière régulière qui, lorsque le principe en est explicitement constitué, peut servir de base à une prévision (équivalent savant des anticipations pratiques de l'expérience ordinaire), ne trouve pas son principe dans une règle ou une loi explicite. C'est ce qui fait que les conduites engendrées par l'habitus n'ont pas la belle régularité des conduites déduites d'un principe législatif : l'habitus a partie liée avec le flou et le vague. Spontanéité génératrice qui s'affirme dans la confrontation improvisée avec des situations sans cesse renouvelées, il obéit à une logique pratique, celle du flou, de l'à-peu-près, qui définit le rapport ordinaire au monde.* ». Cf. **Pierre BOURDIEU**, *Habitus, code et codification*. In : *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 64, septembre 1986. De quel droit ? pp. 40-44. [Texte en ligne] disponible sur Persée, <http://www.persee.fr> op. cit., p. 2, [consulté le 13 janvier 2010]. Dans cette même lignée d'idée, **BOURDIEU** précise ici les conditions sociales d'émergence ou de production de l'habitus en affirmant que : « *Les conditionnements associés à une classe particulière de conditions d'existence produisent des habitus, systèmes de dispositions durables et transposables, structures structurées prédisposées à fonctionner comme structures structurantes, c'est-à-dire en tant que principes générateurs et organisateurs de pratiques et de représentations qui peuvent être objectivement adaptées à leur but sans supposer la visée consciente de fins et la maîtrise expresse des opérations nécessaires pour les atteindre, objectivement « réglées » et « régulières » sans être en rien le produit de l'obéissance à des règles, et, étant tout cela, collectivement orchestrées sans être le produit de l'action organisatrice d'un*

qui, dans un pays développé, paraissent fondamentaux comme notamment le droit à la santé et à une existence saine. Pour sa part, en partant d'un constat de déréliction matérielle et d'ignorance des populations sur la réalité et la gravité des dangers visibles ou invisibles qui les environnent, Denis-Clair Lambert <sup>525</sup>, considère que : « *Dans les régions pauvres l'aversion pour le risque sanitaire est trop souvent annihilée par les conditions de pénurie : un environnement et un habitat insalubres, peu de médecins et de médicaments, l'ignorance et la superstition, le manque de pouvoir d'achat et l'insécurité des établissements de soins. La population locale s'expose au risque sanitaire, le plus souvent involontairement, sans le savoir et sans comprendre les signes cliniques de la maladie.* ».

Ulrich Beck affirme en ce cas que : « *Pauvreté extrême et risque extrême s'attirent systématiquement comme des aimants.* », avant de faire remarquer ce qui [326] suit : « *« Un expert allemand de l'environnement établit un rapport sur l'incurie dans l'utilisation des pesticides, notamment au Sri Lanka : « On y répand le DDT à mains nues, les gens sont couverts de poussière blanche. » A Trinidad, une île des Antilles (...), on a relevé en 1983 un total de 120 décès dus à l'utilisation des pesticides. « Propos d'un fermier : « Si l'on ne se sent pas mal après avoir pulvérisé le produit, c'est qu'on n'en a pas mis assez » (...). » Pour ces gens-là, les installations complexes des usines chimiques, avec leurs imposants tuyaux et leurs citernes, sont de précieux symboles de réussite. La menace de mort qu'elles recèlent, elle, reste invisible. Pour eux, les engrais, les pesticides et les insecticides qu'ils produisent symbolisent avant tout la fin de la misère matérielle. »* <sup>526</sup>.

Il n'est pas besoin de rappeler les rapports de similitude avec le cas de la présente étude. Pour autant, il ne s'agit pas, en l'occurrence, de conclure à une certaine homogénéité sociale où les tendances comportementales plus ou moins stratégiques de l'individu seraient de minorer systématiquement l'importance du risque sanitaire face à un quel-

---

*chef d'orchestre.* ». In **Pierre BOURDIEU**, *Le sens pratique*, Paris : Éditions de Minuit, 1980, op. cit., pp. 88-89.

<sup>525</sup> **Denis-Clair LAMBERT**, *La santé, clé du développement économique. Europe de l'Est et Tiers-Monde*, L'Harmattan, 2001, op. cit., p. 48.

<sup>526</sup> **Ulrich BECK**, *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris : Editions ALTO Aubier, op. cit., pp. 75 et 76.

conque enjeu économique. Il existe, en effet, dans le tissu social étudié des franges non négligeables de la population rurale comme urbaine, pour lesquelles le primat motivationnel – de l'utilité individuelle souhaitée – est plutôt orienté vers la recherche du bien-être sanitaire. De la même manière, ceux pour lesquels l'enjeu économique primerait plutôt sur l'enjeu sanitaire, n'ont pas renoncé, pour autant, à l'importance de leur capital-santé de sorte que, si pour les premiers, une bonne santé donne les moyens d'une existence meilleure, pour les seconds, c'est un bon niveau de revenus qui donne les moyens d'une existence meilleure et, par suite, du bien-être sanitaire. Dans tous les cas, le besoin de santé est bel et bien exprimé, quel que soit l'ordre des priorités défini par chaque acteur ou groupe social. La ligne de fracture entre les deux tendances n'intervient finalement qu'avec le niveau de perception ou de représentation sociale des caractéristiques essentielles de la situation qui permet à la collectivité de lui attribuer les traits ou la qualité d'incertitude, d'un sentiment de [327] vulnérabilité, d'une situation de risque. Pour sa part, Olivier Borraz <sup>527</sup> considère que : « *L'estimation de la plausibilité du risque est étroitement liée à des valeurs, enjeux et intérêts dont sont porteurs des groupes ou des individus.* ».

Autant dire, la qualité de risque relève toujours d'une appréciation intersubjective où les priorités de l'action positive ou négative, c'est-à-dire, entre faire ou s'abstenir, accepter ou refuser, sont avant tout, orientées en fonction des valeurs et des intérêts défendus par les sujets actants. Olivier Borraz ramène, en effet, la notion de risque à celle de « qualité » qui présuppose, de facto, les valeurs et représentations qu'un groupe d'individus s'approprie pour apprécier subjectivement une situation propice à l'incertitude. Le risque fait alors appel à une démarche de qualification du seuil ou du niveau de l'incertitude à laquelle se rapporte une situation dont dépendent plusieurs enjeux sociaux et donc collectifs. En effet, pour Olivier Borraz, le risque : « *D'un point de vue sociologique, c'est la qualité que l'on attribue à une activité, une substance ou une installation qui présente des incertitudes pour les intérêts, les valeurs ou les enjeux d'individus, de groupes ou d'organisations. On considérera donc le risque comme le*

---

<sup>527</sup> Olivier BORRAZ, *Les politiques du risque*, Presses de Sciences PO, op. cit., p. 74.

*résultat d'un processus de qualification, dont l'enjeu est de réduire les incertitudes qui entourent une activité, une substance ou une installation, de manière à rendre celle-ci contrôlable.* » [Olivier Borraz, 2008, p. 13].

Mais devant toute entreprise de sensibilisation de santé publique après la reconnaissance sociale des situations caractéristiques de risque sanitaire individuel ou collectif, Raymond Massé <sup>528</sup> reconnaît fort justement que : « *Les citoyens n'acceptent pas passivement ces messages de modération et les diktats d'évitement des comportements à risque [...]. En fait, leur discours autant que leurs comportements quotidiens traduisent l'existence d'une certaine négociation entre leurs propres intérêts et désirs et ceux du système de santé publique. Les messages de prévention ne sont pas automatiquement acceptés comme des vérités absolues et sont souvent contestés. La population invoquera les inconsistances dans les messages concernant les méfaits du gras, de l'alcool ou du cholestérol présentés [328] alternativement comme sains et malsains. On évoquera les exemples de proches qui bafouent quotidiennement les préceptes de santé publique tout en étant en bonne santé.* ».

C'est aussi le besoin de santé et la conscience de son importance pour toute existence humaine saine et sereine qui conduit certaines populations rurales très démunies dans un pays en développement comme le Bénin, à substituer les médicaments ou les soins pharmaceutiques moins accessibles pour elles aux produits phytosanitaires plutôt faciles d'accès pour traiter leurs problèmes de santé. Cette forme émergente d'automédication qui se développe au sein des populations agropastorales plus ou moins indigentes traduit l'occurrence d'un danger sanitaire qui est la conséquence même d'une conjonction de situations de risque ou d'incertitude : la première découle de la mauvaise couverture médicale et pharmaceutique des zones rurales. Le risque résulte, dans ce premier cas, de l'incertitude généralisée dans l'inconscient collectif comme pour chaque individu de pourvoir à temps, en tout temps et adéquatement à ses besoins médicaux et

---

<sup>528</sup> **Raymond MASSÉ**, « La santé publique comme projet politique et projet individuel. » pp. 41-64, in **Bernard HOURS**, (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, 2001, op. cit., pp. 53 et 54.

pharmaceutiques. La seconde concerne la paupérisation accrue du tissu social rural. Ce contexte social de pauvreté est une situation de vulnérabilité<sup>529</sup> qui expose l'individu et son groupe social au risque de se voir continuellement opérer des choix plutôt nécessités par la seule utilité de la survie au détriment même de la qualité sanitaire de l'existence. Olivier Borraz précise justement que l'incertitude s'entend d'abord communément comme : « (...) *Un défaut de connaissances ; autrement dit, ce que l'on ne sait pas. Cela peut tenir à l'absence de données d'observation concernant l'exposition à une substance, l'insuffisance des savoirs sur une molécule en raison de sa nouveauté, un manque de recul dans le temps dû à l'introduction récente d'une technologie, des interactions complexes entre substances chimiques...* » [Borraz, 2008, p. 14].

Ensuite, dans une acception sociologique, il considère l'incertitude comme toute circonstance caractéristique d'une situation manifeste d'« *Impossibilité de [329] prévoir, d'anticiper ou de comprendre le comportement d'un acteur.* ». [Borraz, 2008, p. 15]. Cette impossibilité de prévoir, donc cette incertitude est justement transformée, souligne Olivier Borraz, en situation de risque, laquelle interpelle la « *capacité de décision et de contrôle* » des pouvoirs publics. [Borraz, 2008 p. 16]. Cette capacité de contrôle et de décision de l'action publique notamment dans sa sphère locale peut se manifester à travers les stratégies de développement social définies par chaque collectivité territoriale. En énonçant que : « *C'est l'autorité publique qui doit agir et prendre les décisions aux lieux et place de l'individu.* » face au risque, Christine Noiville<sup>530</sup> reconnaît ainsi l'importance du rôle social et politique de l'action publique dans la gestion que requiert toute situation collective de risque. Aussi, considère-t-elle dans son analyse que : « (...) *Les risques d'aujourd'hui induisent un changement de perspec-*

<sup>529</sup> Dans la même perspective et pour rappeler l'importance du contrôle social de toute situation d'incertitude par une action publique volontariste, **Olivier BORRAZ** affirme que : « *La vulnérabilité sociale se traduirait par une insécurité civile. Or cette même vulnérabilité sociale, à l'occasion des crises de santé publique, tend à prendre aussi la forme d'une insécurité sanitaire. L'insécurité civile ou sanitaire est, par conséquent, une construction politique.* ». In **Olivier BORRAZ**, *Les politiques du risque*, Presses de Sciences PO, op. cit., p. 24.

<sup>530</sup> **Christine NOIVILLE**, *Du bon gouvernement des risques*, Paris, PUF, op. cit., pp. 24 et 25.

*tive du point de vue de l'ampleur et des modalités de l'action publique. Parce que, pour une part non négligeable, ces risques sont imperceptibles par les personnes qu'ils touchent et échappent largement à toute stratégie de prévention individuelle, le choix de les éviter, de les courir, de les maîtriser, de les limiter, exige des solutions de nature politique. Leur prise en charge ne se conçoit pas autrement que par le recours à des institutions scientifiques et administratives qui, seules, ont la capacité de collecter l'information, d'énoncer l'existence des risques, d'en informer le citoyen qui n'en a pas directement connaissance. Ce faisant, la maîtrise des risques livre le sort des individus à l'action publique. Cette dernière constitue dès lors, plus que jamais, une modalité essentielle du jeu entre la sécurité et la liberté. Elle est la condition de la liberté, que celle-ci s'énonce au bout du compte en termes de sécurité ou de prise de risque. Loin d'être un rempart aux volontés individuelles, l'action publique en devient le relais, le soutien nécessaire. ».*

C'est dans la même perspective que s'inscrivent également Philippe Lecorps et Jean-Bernard Paturet lorsqu'ils reconnaissent que : « *La santé des populations ne peut se penser en dehors du politique (...) [étant donné que] les politiques de santé ne sauraient (...) se concevoir en dehors d'une réflexion et d'un engagement de [330] l'État et des décideurs politiques portant sur les conditions favorables à la vie des humains. »* <sup>531</sup>.

Ainsi, la lutte contre les actions nocives des intrants chimiques agricoles pourrait naturellement intégrer la lutte contre la pauvreté qui est également une dimension pragmatique des programmes de développement communal (PDC). Les communes représentent, en effet, l'ancrage territorial où se développent les activités agropastorales et où se déversent également les intrants chimiques agricoles. Le cadre institutionnel du PDC qui est une politique publique de l'efficience <sup>532</sup>

---

<sup>531</sup> **Philippe LECORPS, Jean-Bernard PATURET**, *Santé publique du biopouvoir à la démocratie*, Editions de l'Ecole Nationale de la Santé publique, op. cit., pp. 20 et 23.

C'est donc à juste titre que **Vincent HOFFMANN-MARTINOT** rappelle que : « *L'efficience est une valeur fondamentale qui permet de caractériser un système de gouvernement. Une autonomie locale développée suppose l'existence d'un gouvernement local disposant de ressources suffisantes pour assurer ce qu'il peut réaliser mieux que tout autre dispositif institutionnel :*

puis de l'efficacité par la préférence du principe de subsidiarité au profit de l'action publique locale offre, en effet, au maire<sup>533</sup> et au conseil communal le pouvoir de planifier une riposte locale pour la réduction de la pauvreté et la promotion des activités agropastorales sans atteintes nocives graves pour l'écosystème. Les PDC des différentes communes du Bénin identifient, certes clairement le potentiel agropastoral de chaque collectivité territoriale mais cet outil de gestion publique <sup>534</sup> [331] locale ne manque pas de souffrir à son tour des

---

*une fourniture de services que les collectivités sont théoriquement en mesure de garantir de façon optimale, par leur proximité par rapport à la population, leur capacité à coordonner les actions publiques, et à intégrer les différents enjeux et leurs procédures de traitement. Aujourd'hui comme dans le passé, un certain nombre de débats ont conduit à opposer, parfois de manière schématique, la recherche de l'efficacité à la valorisation de la démocratie, comme si ces deux valeurs étaient exclusives l'une de l'autre.* ». In **Vincent HOFFMANN-MARTINOT**, *Le Gouvernement des villes. Une comparaison internationale*, Paris, Ed. L'harmattan, 2007, p. 84.

<sup>533</sup> Dans cette logique de partage des compétences entre le niveau central et le niveau local, l'exécutif municipal (pour les grandes aires urbaines) ou communal (pour les villes secondaires) est censé planifier tout seul plusieurs domaines sectoriels d'intervention sociale de l'action publique. C'est le cas de la gestion locale de la santé et de la salubrité publiques comme le reconnaît le rapport de l'État béninois à la Conférence régionale FAO/OMS : « *Le Maire est chargé d'assurer entre autres, la salubrité publique, le contrôle de conformité aux normes des instruments de mesure, le respect des prescriptions en matière d'hygiène, notamment en matière d'hygiène des aliments, des lieux publics et établissements fréquentés par le public.* ». Cf. **FAO/OMS Conférence régionale** sur la sécurité sanitaire des aliments pour l'Afrique, Harare, Zimbabwe, 3-6 octobre 2005 « *Analyse de la situation de la Sécurité Sanitaire des Aliments* » (Préparé par la **République du Bénin**), p. 2. Voir aussi en annexe 2, l'encadré n°3 : tableau synoptique du cadre règlementaire, juridique et politique de l'organisation de la Sécurité Sanitaire des Aliments au Bénin.

<sup>534</sup> Ainsi que le rappelle le PDC de la commune de Savalou, département des Collines : « *Au terme de l'article 84 de la loi 97-029 du 15 janvier 1999, la commune élabore et adopte son plan. Elle veille à l'exécution du plan en harmonie avec les orientations nationales en vue d'assurer de meilleures conditions de vie à l'ensemble de la population. Il en résulte que le conseil communal à travers le Maire est le premier responsable de l'exécution du plan. Il peut toutefois bénéficier des appuis, expertises et expériences de tiers. Ainsi le conseil communal est selon la loi, l'organe compétent pour la coordination de toutes les actions de développement de la commune à savoir :*

difficultés organisationnelles inhérentes au transfert encore parcimonieux des ressources financières après le transfert effectif des compétences de l'État central aux collectivités locales. Toutefois, l'inscription des contaminants chimiques agricoles à la qualité de risques sanitaires collectifs est sociologiquement possible avec l'augmentation des phénomènes d'intoxication alimentaire et leur impact psychotique sur l'inconscient collectif. Cette psychose sociale suppose alors l'émergence dans l'espace public d'un problème social à l'effet potentiel d'insécurité sanitaire individuelle puis collective et dont l'influence socioéconomique suffit pour justifier son inscription à l'agenda politique des solutions collectives à mettre en œuvre nécessairement par l'action publique. Cette inscription des contaminants chimiques agricoles à l'agenda politique des pouvoirs publics tant au niveau central que local de la gestion des affaires publiques traduit également l'effet catalyseur indispensable des actions de gouvernance de la société civile jouant en l'occurrence le rôle de « lanceurs d'alerte » de temps en temps relayés dans leur entreprise de sensibilisation par l'action d'information du corps médiatique. La sensibilisation sociale sur le risque sanitaire des contaminants chimiques agricoles est d'autant nécessaire que si rien n'est fait c'est l'économie nationale qui pourrait en pâtir à long terme et pour cause, l'insécurité alimentaire par certains côtés est consubstantielle à l'insécurité sanitaire des aliments. En effet, une qualité sanitaire dérisoire des cultures vivrières locales peut décourager ou ralentir non seulement la consommation et la production locale mais aussi la capacité du pays à poursuivre ou à organiser durablement l'exportation d'une partie des den-

---

*L'élaboration, l'approbation et l'exécution du plan de développement ; L'élaboration, l'approbation et l'exécution du plan annuel ; L'approbation des conditions d'exécution des activités ; L'élaboration, l'approbation d'une politique de financement du plan ; La communication ou la restitution périodique à la population et aux intervenants [...]. La mise en œuvre du PDC pose de nombreux problèmes au nombre desquels on peut citer : la mobilisation des ressources financières nécessaires ; La gestion et la coordination des programmes et projets contenus dans le PDC ; Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des plans annuels et du PDC en général. ». Cf. **République du Bénin, Département des Collines, Commune de Savalou**, « Plan de Développement Communal de Savalou », Mars 2005, p. 110.*

rées [332] alimentaires <sup>535</sup> de sa production agricole. Le pays peut alors se trouver, à plus ou moins long terme, pour sa consommation alimentaire, dans une situation de totale dépendance vis-à-vis de l'importation de ses denrées alimentaires. Une telle situation est susceptible d'aggraver les effets de la menace ou du risque sanitaire collectif relatif notamment à l'insécurité alimentaire lorsque survient une crise quelconque <sup>536</sup> – politique, économique, climatique – capable de compromettre la disponibilité, la quantité et la qualité des denrées alimentaires issues du commerce mondial des produits agricoles. Ainsi, aucun pays du monde développé ou en développement n'échappe alors aux effets positifs et négatifs de la mondialisation des échanges économiques. Les activités d'importation et d'exportation assurent, en effet, l'interdépendance économique et alimentaire de tous les pays du monde de sorte que les denrées comme les risques auxquels elles peuvent s'associer sont distribués dans le monde entier loin de l'endroit de leur production. Aussi, Ulrich Beck <sup>537</sup> nous fait-il souligner à bon droit que : « *Les situations d'exposition au risque ne sont plus cantonnées au lieu de leur apparition – l'usine. En raison de leur structu-*

---

<sup>535</sup> « *Les normes internationales de qualité ne sont pas encore respectées pour pouvoir exporter nos denrées alimentaires.* ». Cf. **Martin GUIDAN**, ingénieur agronome, Directeur de la Promotion des Filières et de la Sécurité Alimentaire (DPFSA) – Entretien du 21 mars 2011 op. cit., et **Richard H. LOKOSSOU**, directeur de l'Élevage – Entretien du 24 mars 2011, op. cit. –, pour ce dernier : « *Les productions agricoles et animales internes du Bénin n'intègrent pas tout à fait les principes ou normes internationales de sécurité sanitaire des aliments. Néanmoins, en matière d'hygiène alimentaire, des contrôles sanitaires sont effectués sur tous les produits d'importation. Pour renforcer ces contrôles sanitaires des aliments, un laboratoire est en cours d'installation au Bénin en coopération avec la Belgique.* ».

<sup>536</sup> Les émeutes de la faim des années deux mille huit (2008) qui ont traversé la plupart des pays pauvres ou pays en développement illustrent convenablement la vulnérabilité d'un pays quasi-dépendant de ses importations de produits alimentaires et qui doit en même temps faire face à des difficultés substantielles pour développer et dynamiser une agriculture alimentaire capable de lui assurer, en cas de crise alimentaire grave, des stocks alimentaires afin que la traversée momentanée d'une crise alimentaire sérieuse comme en 2008, ne dégénère vite en crise sociopolitique.

<sup>537</sup> **Ulrich BECK**, *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris : Editions ALTO Aubier, op. cit., p. 40.

*re, c'est la vie sur cette terre que les risques menacent, et ce dans toutes ses formes. ».*

Il va donc sans dire que dans cette configuration systémique et globale des échanges économiques, la défaillance sécuritaire ou sanitaire d'un pays peut suffire à compromettre la sécurité sanitaire des autres pays. En témoignent les mesures d'interdiction temporaire d'importation des denrées alimentaires prises [333] par les États, lorsque survient une crise sanitaire alimentaire capable de générer une grave crise sociale. Michèle Poulain <sup>538</sup> qui reprend à son compte les remarques de l'OMS rappelle à juste titre que finalement : « (...) *L'essor du commerce international de produits alimentaires et biologiques, les changements sociaux et environnementaux liés à l'urbanisation, à la déforestation, et aux perturbations du climat, l'évolution des méthodes de préparations et de distribution des aliments ainsi que les nouvelles habitudes des consommateurs ont rappelé que les poussées de maladies infectieuses observées dans un pays font planer une menace sur le monde entier. ».*

Ainsi, la Sécurité Sanitaire des Aliments (SSA) renvoie à une exigence sociopolitique permanente dont l'inscription à l'agenda des solutions de l'action publique est non seulement une préoccupation des politiques publiques au niveau national mais aussi international. Au niveau national, la gestion publique du risque sanitaire des aliments relève de plusieurs cadres juridiques qu'ils soient règlementaires, législatifs ou institutionnels <sup>539</sup>. En effet, la SSA est l'objet d'un ensemble

---

<sup>538</sup> OMS, *Sécurité sanitaire mondiale, alerte et action en cas d'épidémie*, rapport du secrétariat, A54/9 du 2 avril 2001. Une citation de **Michèle POULAIN**, *La protection de la santé publique face à la menace terroriste*. In : *Annuaire français de droit international*, volume 47, op. cit., p. 167.

<sup>539</sup> Voir en annexe 2, l'encadré n°3 relatif au tableau synoptique du cadre réglementaire, juridique et politique de l'organisation de la Sécurité Sanitaire des Aliments au Bénin. Selon ce rapport en effet : « *Le cadre juridique béninois est caractérisé par l'existence de textes généraux – notamment des lois auxquels sont greffés une multitude de décrets et d'arrêtés d'application. Le dispositif de mise en application de cet arsenal trouve son fondement, soit dans les textes de contrôle, soit dans des textes portant organisation des ministères ou directions techniques. Il existe une architecture de contrôle assez ancienne aux niveaux central et déconcentré, quasi inexistant au niveau décentralisé, la réforme de l'administration étant récente. ».* Cf. **FAO/OMS Conférence régionale** sur la sécurité sanitaire des aliments pour l'Afrique, Harare, Zimbab-

de textes règlementaires et législatifs dont la mise en application est assurée par des institutions ad hoc de contrôle technique relatif notamment à l'innocuité, la salubrité et la qualité sanitaire puis nutritive des denrées écoulées dans ce pays. Dans ce rôle de contrôle de qualité sanitaire des aliments, intervient, parmi tant d'autres organes institutionnels, le Comité Technique de Contrôle des Denrées Alimentaires (CTCDA) dont les missions principales consistent à assurer une veille sanitaire des denrées alimentaires et proposer au gouvernement ses orientations didactiques pour atteindre les objectifs de sécurisation sanitaire du [334] consommateur. La mise en œuvre de la SSA qui se fonde dans ce pays sur le concept de la « chaîne alimentaire » se traduit d'un point de vue purement organisationnel par une gestion publique, certes centralisée au niveau du Ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et de la Pêche (MAEP) mais surtout déconcentrée au niveau des Centres Régionaux pour la Promotion Agricole (CeRPA) <sup>540</sup> et des différents services départementaux <sup>541</sup> de la Direction en charge

---

we, 3-6 octobre 2005 « Analyse de la situation de la Sécurité Sanitaire des Aliments » (Préparé par la **République du Bénin**), op. cit., p. 1.

<sup>540</sup> Tout comme les Centres Hospitaliers Départementaux (CHD) précédemment étudiés, l'organisation territoriale des CeRPA est un couplage de deux départements pour un CeRPA afin de faire correspondre leur répartition territoriale avec le nouveau découpage du territoire issu de la réforme de décentralisation de 2002. Le CeRPA est représenté au niveau du territoire de la commune par un Centre Communal pour la Promotion Agricole (CCPA) sans être, pour autant, une structure de gestion publique décentralisée car le CeRPA duquel il reçoit son pouvoir de représentation est une instance déconcentrée du Ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et de la Pêche (MAEP). Le niveau local ne possède donc pas à ce jour une autonomie organisationnelle suffisante dans la gestion de proximité des affaires publiques en lien avec la sécurité alimentaire et la sécurité sanitaire des aliments. Cette situation de faible implication du niveau local s'explique non seulement par la récente organisation administrative avec la mise en œuvre progressive des règles et principes de décentralisation territoriale mais aussi par la longue expérience de l'État béninois dans la tradition d'une administration certes déconcentrée mais fortement centralisée.

<sup>541</sup> Ces services départementaux spécialisés dans la surveillance sanitaire des productions et denrées de la filière végétale sont au nombre de trois à savoir : « *Le service de la surveillance phytosanitaire et du contrôle de la qualité des intrants agricoles (SPCI) ; Le service du contrôle des normes et de la qualité des produits d'origine végétale (SNCQPV) et le service du contrôle des produits d'origine animale et halieutique (SCPAH).* ». Cf. **FAO/OMS Conférence régionale** sur la sécurité sanitaire des aliments pour l'Afrique, Harare,

de la Règlementation et du Contrôle (DRC). Pourtant, au-delà de cette architecture institutionnelle et réglementaire qui esquisse tant soit peu les plans d'action de proximité et quelques manifestations de présence d'une puissance publique plutôt déconcentrée que décentralisée en l'espèce, se trouve une réalité sociale faite de dénuement et de demande de régulation publique<sup>542</sup>. Les actions de contrôle de la DRC et les opérations de vulgarisation des CeRPA semblent encore très peu [335] connues des populations. De même, les administrés à l'instar des différents services de protection sanitaire de la chaîne alimentaire ne font pas toujours une application rigoureuse de la réglementation<sup>543</sup> existante en la matière. Aucun dispositif institutionnel ne permet encore d'organiser efficacement la traçabilité des aliments depuis leur production à leur utilisation par le consommateur. Ainsi par exemple, du maïs en farine ou en grain et du gombo, deux denrées alimentaires régulièrement consommées dans ce pays, quelle que soit

---

Zimbabwe, 3-6 octobre 2005 « Analyse de la situation de la Sécurité Sanitaire des Aliments » (Préparé par la **République du Bénin**), op. cit., p. 14. Un exposé synoptique des compétences techniques et du cadre organisationnel de ces sous-structures de contrôle de la sécurité sanitaire des activités alimentaires au Bénin est présenté en annexe 2 avec l'encadré n°3, op. cit.

<sup>542</sup> Cette régulation publique des affaires collectives, qu'il s'agisse de la gestion sociale de la pauvreté ou de la misère, de la qualité sanitaire de la chaîne alimentaire ou de la qualité de la vie, doit s'entendre au sens de régulation à la fois positive et négative ainsi que l'affirme **Vincent LEMIEUX** : « *La régulation consiste à ramener la situation, où est perçu un problème public, à des normes dont elle s'est éloignée (c'est la régulation négative), ou encore à la rapprocher de normes qui n'ont pas encore été atteintes (c'est la régulation positive)*. ». Cf. **Vincent LEMIEUX**, « Les politiques publiques et les alliances d'acteurs », in **Vincent LEMIEUX, Pierre BERGERON, Clermont BÉGIN et Gérard BÉLANGER**, (dir.), *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*. Chapitre 5, pp. 107-128. Québec : Les Presses de l'Université Laval, op. cit., [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) » [consulté le 07 décembre 2009], p. 7.

<sup>543</sup> Selon **Yolande BIGOT**, docteur médecin-vétérinaire, chef-service contrôle des denrées animales et aliments de bétail – entretien du 24 mars 2011 – cette situation d'obsolescence des dispositifs institutionnels du contrôle de la qualité sanitaire des denrées alimentaires s'explique par l'ancienneté et la désuétude des textes applicables d'où la mise en place progressive par l'État d'un programme d'actualisation des décrets, règlements et lois qui régissent le secteur.

la saison, et qui peuvent, dans certaines conditions de production et de manipulation [usage de pesticides par exemple], conduire à un constat de problèmes de santé publique. En effet, lorsque survient une intoxication alimentaire des suites de leur consommation, il n'est jamais évident de pouvoir remonter jusqu'à l'endroit de leur production, de retrouver les différentes personnes qui les ont manipulés, pour en comprendre les conditions d'approvisionnement et, s'il y a lieu, les défaillances organisationnelles susceptibles de faire émerger les causes probables de l'intoxication alimentaire. Dans ce contexte, le processus de réalisation et du suivi institutionnel des objectifs de la SSA apparaît encore plus stochastique à garantir entièrement. En effet, l'exigence de traçabilité et des principes de normalisation qui découlent de l'application de la SSA demande non seulement un renforcement des capacités institutionnelles de l'État mais aussi une appropriation culturelle de ses modalités gestionnaires par la population dans son ensemble. Le processus actuel de décentralisation de l'État béninois et les techniques de gouvernance qui l'accompagnent offrent à ce pays les outils nécessaires pour renforcer non seulement les capacités d'une action publique à la base mais aussi l'action participative de chaque individu dans les objectifs de développement de sa collectivité territoriale. Pour Ivan Crouzel <sup>544</sup> qui présuppose ainsi le caractère plutôt pragmatique d'une démocratie locale participative : « *Si le référentiel [336] « développemental » participe pleinement du discours de légitimation de l'action gouvernementale à l'égard des populations les plus défavorisées, il concourt aussi fortement à la définition des grands axes de l'agenda municipal et des politiques sectorielles locales. Malgré son caractère largement incantatoire, ce référentiel contribue à orienter la structure du dispositif local de médiation des intérêts sociaux. Dans le cas sud-africain, le Developmental Local Government se caractérise notamment par l'importance qu'il accorde au principe de participation.* ».

Au niveau international, la SSA mobilise de plus en plus les actions de normalisation et d'harmonisation commune des Organisations Internationales (OI) à l'instar de l'organisation des Nations-Unies

---

<sup>544</sup> **Ivan CROUZEL**, « Les transformations de la gouvernance urbaine en Afrique du Sud : Dispositifs démocratiques et nouvelles formes de régulation ». In **Laurent FOURCHARD**, (dir.), *Gouverner les villes d'Afrique : État, gouvernement local et acteurs privés*, Ed. Karthala et CEAN, op. cit., p. 37

pour l'agriculture et l'alimentation (FAO), l'organisation mondiale du commerce (OMC), l'organisation mondiale de la santé (OMS) et sous-régionales, en l'occurrence, l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA). Ces institutions internationales mettent en avant l'étendard de la « transparence et de la responsabilité de tous les acteurs publics et privés intervenant à un titre quelconque dans l'organisation de la chaîne alimentaire » pour garantir au consommateur la fourniture des aliments sains, salubres et de bonne qualité nutritive [FAO, 2009]. Ainsi, les États membres de ces OI dont fait partie le Bénin sont de plus en plus sensibilisés au maintien de la SSA à travers l'adoption d'une réglementation nationale prenant en compte les principes à la fois d'une Bonne Pratique Agricole (BPA) et d'une Bonne Pratique d'Hygiène (BPH) avec la mise en place de la méthode américaine de maîtrise de la SSA, ou le Système d'analyse des dangers et points critiques de contrôle pour la maîtrise des risques (Hazard Analysis Critical Control Point, HACCP <sup>545</sup>, FAO, [337] 2009). Cette normalisation/harmonisation universelle de la sécurité sanitaire des denrées alimentaires s'impose de plus en plus à l'ère de la mondialisation de l'économie et de l'interdépendance des systèmes politiques, économiques, tant des pays développés que des pays en déve-

---

<sup>545</sup> La méthode HACCP qui permet d'organiser la traçabilité en l'occurrence des denrées alimentaires fait appel à sept principes cardinaux : l'analyse des dangers identifiés (1) ; la détermination des points critiques pour leur maîtrise (2) ; la détermination du niveau ou du seuil critique de la situation-risque (3) ; l'existence d'une stratégie de surveillance des points critiques, capable d'organiser leur maîtrise (4) ; l'élaboration des mesures correctives nécessaires en cas d'identification d'un point critique de danger non maîtrisé (5) ; l'élaboration d'un protocole de vérification du bon fonctionnement de la méthode HACCP (6) ; la mise en place d'un tableau de bord permettant de consigner les différentes actions et étapes suivies de la méthode HACCP (7). « *La méthode HACCP n'est pas trop connue au Bénin sauf dans la filière des productions halieutiques (crevettes) pour lesquelles le Bénin est autorisé à exporter dans l'espace de l'Union européenne. La mise en œuvre de la méthode HACCP n'est pas aisée puisque pour comprendre les principes de bonnes pratiques agricoles et de bonnes pratiques d'hygiène, et pour faire remonter les incohérences ou défaillances constatées, il faut d'abord que les populations concernées sachent lire et écrire ce qui est loin d'être le cas dans les zones rurales de productions agricoles et animales.* ». Cf. **Yolande BIGOT**, docteur médecin-vétérinaire, chef-service contrôle des denrées animales et aliments de bétail – entretien du 24 mars 2011, op. cit.

loppement. Jacques Dufresne <sup>546</sup> estime pour sa part que : « (...) *L'internationalisation des maladies a été favorisée dans bien des cas par l'internationalisation préalable des modes de vie, de l'alimentation notamment.* ».

Ce contexte international de responsabilisation accrue des acteurs à tous les niveaux peut être favorable au renforcement de la performance institutionnelle de l'État dans sa gestion de la sécurité sanitaire des biens et des personnes sur son territoire. En effet, dans cette configuration mondiale d'interdépendance des acteurs (individus et États) autour de la chaîne alimentaire, la défaillance d'un seul maillon – par conséquent source d'insécurité pour tous les autres –, peut être vécue comme une preuve de légèreté de son système de sécurité et, par suite, nuire à son image nationale comme internationale. Une telle situation d'insécurité avérée de la qualité sanitaire des aliments peut compromettre durablement la dynamique de l'exportation sur le marché du commerce international des denrées alimentaires de l'acteur ou de l'État défaillant. Aussi, Ulrich Beck peut-il considérer à bon escient que : « (...) *Contrairement à la pauvreté, la paupérisation du Tiers-monde par le risque est contagieuse pour les riches. La potentialisation des risques ramène la société mondiale à la taille d'une commune de dangers. L'effet boomerang vient aussi toucher les pays riches qui se sont débarrassés des risques en les cantonnant à l'extérieur, mais importent des denrées alimentaires à bas prix. Les fruits, les fèves de cacao, le fourrage, le thé, etc., ramènent les pesticides au sein de leur patrie hyperindustrialisée. Les inégalités internationales extrêmes et les ramifications complexes du marché mondial ramènent les quartiers pauvres des [338] pays de la périphérie aux portes des riches centres industriels. Ils deviennent le lieu d'une contamination mondiale qui – comme les maladies contagieuses des pauvres dans*

---

<sup>546</sup> Jacques DUFRESNE, « La santé », in Jacques DUFRESNE, Fernand DUMONT, et Yves MARTIN, (dir.), *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie*. Chapitre 49, pp. 985-1013. Québec : Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC) et les Presses universitaires de Lyon (PUL), 1985, [en ligne], texte disponible dans « Les Classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », op. cit., p. 8, [consulté le 10 janvier 2010].

*l'étroitesse des villes médiévales – n'épargne pas les quartiers riches de la commune mondiale.* » <sup>547</sup>.

La faible commercialisation des denrées alimentaires de fabrication ou de production béninoise explique d'une part, les difficultés du pays à planifier efficacement son système de sécurité sanitaire tant de la chaîne alimentaire que du cadre général de vie et l'absence d'autre part, de dynamisation de sa production agricole relative aux cultures vivrières. Yannick Jaffré <sup>548</sup> qui reprend à son compte les analyses de Castel reconnaît justement que : « *La question sanitaire est donc incluse dans celle, beaucoup plus générale, du fonctionnement d'États capables d'assurer des conditions de vie décentes, une réglementation et un système de protection sociale à ses citoyens* (Castel, 2003). ».

Ainsi, en renforçant partout son système de sécurité sanitaire des biens de consommation et des personnes, l'État béninois peut encore mieux tirer profit de ses produits agricoles d'exportation à travers une exploitation plus normalisée de ses cultures vivrières. En effet, le cotonnier béninois représente, selon OBEPAB <sup>549</sup> : « (...) *La principale culture d'exportation* (...) [dont] *64% des recettes d'exportation, 90% des recettes agricoles et 24% des recettes de l'État* (MDR, 1995). ».

En toute hypothèse, l'acteur étatique, bien qu'en partenariat avec les acteurs de la société civile, apparaît comme l'instance décisionnelle la plus appropriée pour gérer efficacement toute problématique de vulnérabilité sociale face à l'émergence et la persistance des risques sanitaires collectifs sur tout ou partie de son territoire.

<sup>547</sup> Ulrich BECK, *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris : Editions ALTO Aubier, op. cit., p. 80.

<sup>548</sup> Yannick JAFFRÉ, « Dynamiques et limites socio-anthropologiques des stratégies de prévention et de contrôle des risques infectieux dans les pays en voie de développement », in : *La maîtrise des maladies infectieuses, un défi de santé publique, une gageure médico-scientifique*. Paris : Académie des sciences, Rapport sur la science et la technologie, n°24, 2006, pp. 101-115. [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », op. cit., p. 12, [consulté le 29 décembre 2009].

<sup>549</sup> Organisation Béninoise pour la Promotion de l'Agriculture Biologique (OBEPAB), « Le Coton au Bénin : rapport de consultation sur le coton conventionnel et le coton biologique au Bénin. A report for PAN UK's Pesticides Poverty and Livelihoods project » OBEPAB – Août 2002, op. cit., p. 5.

[339]

## Titre 2. Risques sanitaires collectifs et action publique

[Retour à la table des matières](#)

L'accroissement de la population et l'augmentation de la mobilité sociale dans un espace territorial relativement étroit ne manquent pas de générer d'importantes situations de risques collectifs dont l'impact alimentaire et sanitaire, à défaut de régulation publique, est corrélativement considérable. C'est le cas du risque environnemental, c'est-à-dire, toute situation de destruction naturelle ou anthropique qui menace directement l'intégrité du couvert végétal du pays. Le patrimoine végétal est d'autant menacé que l'utilisation massive et anarchique des ressources forestières et minières aggrave par ailleurs la menace avérée de l'avancée de la désertification à la lisière nord du Bénin. A la lisière sud, de surcroît, s'observe chaque année l'avancée de plus en plus dans les terres d'une autre menace naturelle et fortement géophage : l'érosion côtière. Mais à l'intérieur des terres, avec l'essor du transport automobile, c'est plutôt l'absence de maîtrise et de contrôle social du risque dans ses dimensions accidentologiques qui expose continuellement la population à d'importants dommages corporels. Tous ces risques collectifs aux conséquences sanitaires notables mobilisent malgré tout une action publique plus ou moins hardie mais comme partout confrontée aux mêmes problèmes de ressources tant économiques que politiques pour assurer une véritable existence administrative. Comment ces différentes situations de risques sanitaires collectifs se présentent et sont prises en charge par les décisions politiques de contrôle relevant, en l'occurrence, de l'action publique ?

[340]

### *A\*) L'action publique de protection des milieux naturels*

[Retour à la table des matières](#)

La protection de l'environnement physique est aujourd'hui encore une préoccupation sociale majeure qui, pourtant, doit faire face à l'impéritie de l'action publique au Bénin. En effet, l'intégrité du milieu physique dans ses différentes caractéristiques est constamment exposée à la menace des détériorations causées soit par l'action de l'homme soit par celle de la nature. En toute hypothèse, l'importance et la persistance de ces différents risques collectifs et le débat social qu'ils suscitent de plus en plus, suffisent, à eux seuls, pour catalyser une riposte adaptée de l'action publique en la matière. Il en va de l'intérêt biotique et sanitaire de toutes les espèces vivantes. Ainsi, en se faisant l'écho de la Charte européenne de l'environnement et de la santé (OMS, 1989), Jean-François Viel <sup>550</sup> et alii rappellent en effet que : « *Bonne santé et bien-être exigent un environnement propre et harmonieux dans lequel tous les facteurs physiques, psychologiques, sociaux et esthétiques reçoivent leur place. Un tel environnement devrait être traité comme une ressource en vue de l'amélioration des conditions de vie et de bien-être* ».

De même, les ressources forestières sont indissociables au projet de valorisation de la médecine traditionnelle dans un pays comme le Bénin où les soins de santé primaires associent également l'action puis les connaissances médicinales du thérapeute traditionnel. Partant, la raréfaction des ressources végétales du fait des dégradations et exploitations des massifs forestiers, constitue aussi une menace directe dans ce pays pour la survivance de la médecine traditionnelle.

D'abord, la question des dégradations anthropiques du couvert végétal est certes, un phénomène davantage combattu dans les politiques publiques, par exemple de lutte contre la déforestation puis la désertification mais toujours entretenu, soit subrepticement par le marché

---

<sup>550</sup> Jean-François VIEL, Stéphanie CLERC, et Hélène GUIB, « Santé environnementale » pp. 422-426, in *Dictionnaire des risques*, 2<sup>e</sup> Edition sous la direction d'Yves DUPONT, Paris, Editions Armand Colin, op. cit., p. 422.

informel du madrier et celui des bois de combustion ou du charbon <sup>551</sup> de bois, soit ouvertement par la pratique d'une agriculture [341] extensive <sup>552</sup> : celle du coton conventionnel notamment. La réponse de l'action publique a souvent consisté en cette matière à la sensibilisation de l'opinion publique sur l'importance du rôle de la forêt dans le maintien de l'équilibre climatique et l'existence d'une pluviométrie convenable dont dépendent le développement de l'agriculture et par suite toutes les espèces vivantes, animales et végétales. La prise de conscience collective de l'importance du rôle du couvert végétal dans le maintien et la protection de toute forme de vie sur terre fut très tôt matérialisée symboliquement dans les politiques publiques avec la consécration en 1985 de la journée du 1<sup>er</sup> juin comme journée nationale de l'arbre dont la célébration annuelle consiste pour chaque citoyen à accomplir un geste utile pour la nature en plantant un arbre. Cet appel à l'intervention proactive de la société sur elle-même et sur son environnement renvoie aux problématiques de la « gouvernamentalité » telle que le précise Antoine Lassagne <sup>553</sup> se faisant alors l'écho de Michel Foucault en ces termes : « *La notion de gouvernamentalité désigne le processus par lequel la population devient à un moment donné de l'histoire la cible principale du pouvoir politique ; le moment où elle cesse d'être la cible de l'exercice de la puissance du souverain, pour devenir la fin et l'instrument du gouvernement ; elle n'est plus seulement une simple variable composant le territoire, mais, parce qu'elle est considérée comme une richesse, elle devient le*

<sup>551</sup> Cf. Entretien du 21 mars 2011 avec **Martin GUIDAN**, ingénieur agronome, Directeur de la Promotion des Filières et de la Sécurité Alimentaire (DPFSA), op. cit.

<sup>552</sup> Cf. Entretien du 22 mars 2011 avec **Yacoubou BONI**, responsable volet pastoralisme de l'Association pour la Promotion des Initiatives du Développement durable (API Dev – ONG). L'enquête souligne notamment qu'en raison de cette déforestation renforcée par la pratique agricole extensive du coton conventionnel, les éleveurs de bovins et de caprins au Nord du pays finissent alors par se livrer à la transhumance vers les régions du Sud ce qui entraîne aussi des conflits d'espace vital ou cultural entre agriculteurs et éleveurs.

<sup>553</sup> **Antoine LASSAGNE**, « Exploitation forestière, développement durable et stratégies de pouvoir dans une forêt tropicale camerounaise ». Un article publié dans la revue **Anthropologie et sociétés**, vol. 29, n° 1, 2005, pp. 49-79. Québec : Département d'anthropologie, Université Laval, 2005, p. 10. [En ligne], disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 17 décembre 2009].

*but premier de l'exercice du gouvernement, l'objet central du pouvoir de l'État administratif. À partir de ce moment, le territoire en soi n'est plus l'objectif de la souveraineté, mais c'est l'ensemble du complexe « territoire-ressources- population » qui est pris en charge. ».*

Ainsi, les politiques publiques encouragent la restauration du couvert végétal à travers la mobilisation sociale en faveur du reboisement mais sans aucune action [342] constante de planification en la matière. Cette absence de régulation publique explique par ailleurs le faible niveau de participation et d'implication des collectivités locales pour lesquelles l'importance du reboisement n'est pas toujours perceptible ou s'avère simplement non prioritaire dans bien des cas. En effet, les activités aratoires dont dépend le pouvoir d'achat des populations agricoles sont essentiellement une pratique itinérante sur brûlis <sup>554</sup>. Cette pratique qui consiste à se déplacer d'une terre cultivable à l'autre, année après année, en incendiant préalablement la flore qui la recouvre pour la fertiliser, finit par accentuer le phénomène du déboisement dont les premiers effets ressentis de plus en plus, concernent les perturbations climatiques. Ainsi, au Nord du Bénin, avec ces perturbations climatiques renforcées par l'avancée notoire de la désertification qui influence davantage la pluviométrie habituelle : ou les pluies arrivent trop tôt, ou elles arrivent trop tard, ce qui désespère finalement les producteurs agricoles qui ne sont plus à même d'identifier avec exactitude le moment idéal de la saison pour commencer leurs cultures. En outre, quand les pluies tombent enfin, les agriculteurs sont régulièrement confrontés à des saisons pluvieuses caractérisées soit par un manque d'eau, soit par l'excès, ce qui, dans les deux cas, entraîne l'étiollement des semences. L'absence de réponse sectorielle de l'action publique est la manifestation, en l'espèce, de l'impéritie qui caractérise le fonctionnement de l'État dans la gestion de ses ressources naturelles et agricoles. Dans ce contexte, l'ensemble des problèmes soulevés par les dangers qui menacent directement les ressources naturelles du pays mettent en exergue finalement les difficultés matérielles qui influent aussi sur l'existence effective ou la présence administrative de l'État. Ainsi, aux problèmes qui minent tant les ressources naturelles s'ajoutent le problème des ressources humai-

---

<sup>554</sup> Cf. Entretien du 22 mars 2011 avec **Téré ALI**, responsable du service de Suivi Evaluation Statistique et de la Documentation au CeRPA Borgou/Alibori, op. cit.

nes qualifiées <sup>555</sup> et opérationnelles. L'État ne dispose pas toujours et partout des moyens ni du personnel requis pour assurer ses missions de service public. Ainsi par exemple de la police sanitaire <sup>556</sup> créée en [343] 2002 et qui a vu ses effectifs dans les départements du Borgou/Alibori passer de 15 à cinq agents pour couvrir le territoire des deux départements les plus vastes du pays. De même, l'accomplissement de ces missions d'intérêt public par chacune des administrations concernées n'associe pas toujours les équipements suffisants et adaptés au problème posé. Dans ces conditions, l'action publique de restauration nécessaire du couvert végétal et de préservation de l'environnement peut avoir du mal à se faire en tout point efficace.

À cette impéritie institutionnelle <sup>557</sup> d'harmonisation fonctionnelle des instances nationales de protection des ressources naturelles et forestières s'ajoute l'anarchie du système international caractérisé, lui de même, par l'échec des tentatives de normalisation universelle en la matière. En effet, la protection des couverts forestiers intègrent partout dans le monde la question sensible du développement durable et de la problématique des interdictions d'exploitation commerciale du bois forestier « illégal » sans pour autant faire spécifiquement voire explicitement l'objet d'un cadre juridique international et uniformisé.

---

<sup>555</sup> Cf. Entretien du 21 mars 2011 avec **Martin GUIDAN**, ingénieur agronome, Directeur de la Promotion des Filières et de la Sécurité Alimentaire (DPFSA), op. cit. L'enquêté souligne par exemple que la DPFSA ne dispose que de trois agents pour neuf communes dans les départements de l'Atlantique/Littoral.

<sup>556</sup> Cf. Entretien du 22 mars 2011 avec **Chabi K. SARRÉ**, chef-brigade de la police sanitaire des départements du Borgou/Alibori, op. cit.

<sup>557</sup> **Adrien HOUNG BÉDJI** souligne le même constat d'insuffisance des capacités proactives des institutions nationales de protection de la nature lorsqu'il affirme notamment que : « Depuis le sommet mondial de la Terre tenu à Rio de Janeiro en 1992, un cadre institutionnel a été mis en place par le Bénin, dont l'objectif est de garantir un meilleur environnement : adoption de la loi-cadre sur l'environnement et plan d'action environnemental. Dans le cadre de la coopération bilatérale avec les Pays-Bas, un Centre béninois pour le développement durable a été créé. Il a été conçu comme un organe de conceptualisation et de mise en œuvre de stratégies de développement durable. Des plans de sensibilisation et de répression ont aussi été déclenchés. Ces différentes actions, qu'il faut saluer, n'ont pas produit les effets escomptés. ». In **Adrien HOUNG BÉDJI**, *Il n'y a de richesse que d'hommes*, Paris, Editions de l'Archipel, op. cit., p. 197.

Ainsi, Michel Bergès, Yves Lesgourgues, Dominique d'Antin de Vaillac et alii font remarquer à juste titre comment sur fond d'enjeux nationaux, régionaux et internationaux : « *Les forêts, tout en constituant un enjeu écologique majeur pour la planète, n'ont pas donné lieu lors du Sommet de la Terre (Kyoto, 1992), à l'approbation d'une convention internationale contraignante qui aurait fait de la gestion durable forestière une norme universelle (...). En fait la forêt est prise, en tant qu'objet de relations internationales, entre une contradiction : celle des principes écologiques de « gestion durable » d'un côté, et celle des impératifs économiques que représente la ressource bois de l'autre (au niveau des multinationales du papier, or blanc de l'information mondiale, et des industries multiples de la ressource bois). Le paradoxe, c'est que les forêts, objets de préoccupation des institutions [344] internationales, (FAO en tête), n'ont jamais fait l'objet d'une convention définitive. L'internationalisation de l'ordre forestier apparaît particulièrement complexe, imparfaite. Une réglementation globale a échoué, en raison notamment de la position américaine, dont les multinationales forestières, papetières ou autres, ne sont pas sans lien avec certaines centrales écologistes mondialisées. Elle a été remplacée par des procédures juridiques pragmatiques et périphériques, notamment sur la protection des espèces vivantes menacées (par exemple la circulaire européenne « Natura 2000 ») ou sur des questions générales de « développement durable » auxquelles a été rattachée la question de la multifonctionnalité des forêts. » <sup>558</sup>.*

Partant, les auteurs soulignent que devant ces obstacles institutionnels et stratégiques conduisant empiriquement à l'absence d'une réglementation internationale donc « universelle » de la protection des filières forestières sur la planète, chaque espace local ou régional est alors organisé selon ses propres normes de protection qui pourrait sans conséquence céder, selon le niveau d'exigence des contraintes normatives, face aux lois de ses intérêts économiques. Aussi, Dominique

---

<sup>558</sup> Michel BERGÈS, Yves LESGOURGUES, Dominique d'ANTIN De VAILLAC, Lysianne GUENNÉGUEZ, François MIMIAGUE, Pascal TOZZI, « Les politiques globales de la Forêt et du Développement durable » pp. 120-132, in Michel BERGÈS, (dir.), *Penser les relations internationales*, Paris, L'Harmattan, op. cit., pp. 128 et 129.

d'Antin de Vaillac <sup>559</sup> considère-t-il à bon droit que finalement : « *L'enjeu véritable du sommet de Rio était de mettre fin à la déforestation accélérée des forêts tropicales. Faute d'une réglementation contraignante, refusée par les pays du Sud, le développement durable forestier, au niveau mondial, a dû passer par les détours compliqués de la certification et du « financement conditionnel » relayé par les principales institutions financières internationales, FMI et Banque mondiale pour l'essentiel. Pourtant la déforestation tropicale sauvage n'a pas cessé, la FAO constatant seulement la baisse relative de son intensité, ce qui constitue un infime progrès.* ».

[345]

Pour sa part, Ulrich Beck <sup>560</sup> pourrait affirmer au milieu de tant d'indécisions politiques et internationales que naturellement : « *Le développement de la société du risque s'accompagne de l'apparition d'oppositions entre ceux qui sont exposés aux risques et ceux qui en profitent.* ».

Mais d'après Taoufik Bourgou, l'absence d'une réglementation internationale coercitive en cette matière de « risques sanitaires environnementaux », bien que diversement interprétée dans la littérature internationale, explique surtout l'irruption récente du débat dans l'arène politique des relations internationales. Il rappelle en effet que : « *Si la thématique des risques environnementaux et sanitaires est assez ancienne dans le champ des politiques publiques nationales, ce n'est que très récemment qu'elle commence à intéresser la sociologie des relations internationales. Autour de cette thématique s'organise un débat entre ceux qui pensent que ces risques et accidents seraient induits par un système international intrinsèquement anarchique, où les acteurs seraient indisciplinés et jaloux de leurs souverainetés, et ceux qui pensent que la globalisation a atteint le noyau dur des moyens de régulation des États et que l'anarchie serait l'œuvre d'opérateurs qui profitent d'un vide de coercition pour se livrer à des*

<sup>559</sup> **Dominique d'ANTIN De VAILLAC**, « Hégémonie industrielle et développement durable : les complicités scandinaves » pp. 442-466, in **Michel BERGÈS**, (dir.), *Penser les relations internationales*, Paris, L'Harmattan, op. cit., p. 450.

<sup>560</sup> **Ulrich BECK**, *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris, Editions ALTO Aubier, op. cit., p. 84.

*activités qui augmentent la vulnérabilité de régions entières voire de l'ensemble de l'humanité. Il en va ainsi de la prédation de ressources stratégiques mais aussi de la destruction de ressources rares et nécessaires à l'équilibre écologique de la planète. »* <sup>561</sup>.

Ensuite, l'avancée de l'érosion côtière qui menace continuellement la partie méridionale de ce pays justifie son inscription à l'agenda des solutions des politiques publiques. Le risque d'une « *attaque de la mer* » <sup>562</sup> est bien réel et prend déjà la forme d'un danger collectif de plus en plus dévastateur qui ne discrimine ni végétation, ni habitation. Les causes sont naturelles mais la carence en la matière des solutions de l'action publique depuis des années pour les maîtriser et les contrôler est beaucoup moins naturelle. Elle est surtout conjoncturelle. Cette [346] carence résulte, en effet, de l'absence ou de la mauvaise planification parmi d'autres des politiques publiques d'exploitation et d'occupation des sols. En effet, l'installation anarchique des populations sur les côtes et le prélèvement exacerbé du sable marin pour l'édification des maisons et le pavage des voies, ne manque pas de créer un problème géomorphologique persistant avec pour effet constant la disparition progressive de la biostasie naturelle et le développement corrélatif d'une rhexistasie désormais menaçante et envahissante. Dans la même perspective, André Dauphiné faisait déjà remarquer l'imbrication des causes naturelles et humaines dans l'occurrence d'un risque ou d'une catastrophe en affirmant que : « *De façon encore plus générale, si l'origine du risque est « naturelle », la catastrophe elle-même est toujours une combinaison de processus physique et d'action humaine. Ces deux composantes se croisent et s'entremêlent. Le risque ne devient catastrophe qu'avec la présence des hommes. Or les sociétés humaines peuvent soit accroître l'ampleur d'un désastre,*

<sup>561</sup> **Taoufik BOURGOU**, *Politiques du risque*, Lyon, Ed. Perspectives Juridiques, op. cit., p. 58.

<sup>562</sup> Le 16 octobre 2006, dans une vision presque d'apocalypse, le chroniqueur et journaliste béninois **Jérôme CARLOS** présentait déjà ce risque naturel aggravé par l'action de l'homme sous les traits mêmes d'une menace grandissante de « Tsunami » si rien n'est fait avant qu'il ne soit vraiment trop tard. Voir également des illustrations de cette érosion littorale dans le document 5 en annexe 1 : La mise en débat public de la menace de l'érosion littorale au Bénin.

*soit au contraire en diminuer les impacts, voire réduire la probabilité de déclenchement du phénomène.* » <sup>563</sup>.

L'ampleur des dégâts déjà occasionnés et de la menace qui court toujours, inscrit également à l'agenda des solutions des politiques publiques un autre problème inhérent au financement du projet de préservation des 125 km de côte contre l'action de l'érosion littorale. Le projet d'édification sur la berge de Siafato des épis protecteurs et de revêtement graniteux du littoral cotonnois qui couvre environ huit kilomètres sur les 125 km de bord de mer est évalué à plusieurs millions de dollars US dont la couverture a requis la participation d'un certain nombre de partenaires <sup>564</sup> financiers internationaux. En 2008, le pouvoir exécutif décide par décret n° 2008-615 du 22 octobre 2008 l'interdiction, sous peine de sanction pénale (amendes), du prélèvement du sable marin sur les parties sensibles de la [347] berge de Cotonou. Mais l'exploitation du sable de mer n'est pas en réalité interdite car le décret n° 2008-615 ne s'applique pas à tous les sites de prélèvement du sable marin. Les prélèvements de sable sont encore possibles pour autant qu'ils se déroulent sur des sites non protégés c'est-à-dire des sites qui ne sont pas concernés par ce décret d'interdiction. En outre, pour faire face toujours aux phénomènes d'érosion et d'accrétion constatés de l'Est à l'Ouest sur l'ensemble du littoral cotonnois, l'autorité publique a préalablement initié des mesures de contrôle et de maîtrise de ces phénomènes avec le projet ayant reçu l'appel d'offres ouvert international du 15 septembre 2008 d'une édification de sept nouveaux épis collecteurs de sable marin. La réalisa-

<sup>563</sup> André DAUPHINÉ, Risques et catastrophes. Observer – Spatialiser. Comprendre – Gérer, Paris, Armand Colin/HER, op. cit., p. 73.

<sup>564</sup> Aux termes de l'appel d'offres ouvert international du 15 septembre 2008 émis par le Ministère de l'Urbanisme, de l'Habitat, de la Réforme Foncière et de la Lutte contre l'Erosion Côtière, le financement de la réhabilitation de l'épi de Siafato et de la construction de sept nouveaux épis pour protéger sept kilomètres et demi de côte à l'Est de Cotonou au Bénin est assuré par : la Banque Islamique de Développement (BID), la Banque Arabe pour le Développement Economique en Afrique (BADEA), le Fonds de l'OPEP pour le Développement International (OFID), le Fonds Koweïtien de Développement Arabe (FKDEA), le Fonds Saoudien de Développement (FSD) et le Budget National. Cf. **Ministère de l'Urbanisme, de l'Habitat, de la Réforme Foncière et de la Lutte contre l'Erosion Côtière**, Prévision de marché de travaux, appel d'offres ouvert international du 15 septembre 2008.

tion de ces ouvrages publics sur fond de problèmes conjoncturels – hostilité des populations riveraines déguerpies, résistance ou tergiversation des partis politiques – se poursuit et peine à prendre forme bien qu'elle soit prévue pour durer jusqu'en 2012. Ce contexte de tergiversations sociales et politiques montre qu'en réalité la gestion publique des situations de risque n'est pas toujours évidente et peut fortement dépendre des perceptions sociales dont les critères d'appréciation sont soit objectifs, soit subjectifs. C'est ce que faisaient déjà remarquer Michel Callon, Pierre Lascoumes et alii en rappelant la notion du risque, laquelle désigne selon eux : « (...) *Un danger bien identifié, associé à l'occurrence d'un événement ou d'une série d'événements, parfaitement descriptibles, dont on ne sait pas s'ils se produiront mais dont on sait qu'ils sont susceptibles de se produire. Dans certains cas, des outils statistiques appliqués à des séries d'observations systématiques faites dans le passé permettent d'en calculer la probabilité d'occurrence, qui sera alors qualifiée d'objective. En l'absence de telles observations, les probabilités assignées dépendent des points de vue, sentiments ou convictions des acteurs : elles sont dites subjectives. Qu'elles soient subjectives ou objectives, ces probabilités ont en commun de s'appliquer à des événements connus, identifiés, [348] dont une caractérisation précise peut être donnée, et dont on peut expliciter les conditions de production.* » <sup>565</sup>.

En toute hypothèse, même si l'inscription de la menace de l'érosion littorale à l'agenda des solutions de l'action publique a permis d'identifier et de cerner la nature du problème et des réponses que ce dernier nécessite, elle ne suffit pas pour autant lors de la formulation des options de solutions pour rendre compte des moyens pertinents et efficaces dont dispose l'action publique pour assurer son efficacité. Ainsi, la régulation du problème relatif à la menace de l'érosion littorale au Sud du Bénin est un exemple des difficultés manifestes qui érodent également la mise en œuvre des politiques publiques pour y remédier efficacement. Le danger de l'érosion littorale et la menace qu'elle fait planer sur les populations riveraines sont désormais connus et donc certains. La seule incertitude ici réside dorénavant dans la capacité à la fois inchoative et performative des

---

<sup>565</sup> Michel CALLON, Pierre LASCOUMES, Yannick BARTHE, *Agir dans un monde incertain*. Essai sur la démocratie technique, Collection « La couleur des idées », Editions du Seuil, 2001, pp. 37 et 38.

moyens de contrôle et de maîtrise décidés et mis en œuvre par l'autorité de l'action publique pour circonscrire et limiter les effets de cette menace. C'est dans cette perspective qu'Olivier Borraz <sup>566</sup> a pu sans doute affirmer que : *Les incertitudes relatives à la capacité de contrôle sont constitutives de l'idée de risque dans la mesure où elles font écho à un ensemble de crises, controverses et scandales dans lesquels des défaillances ou manquements se sont révélés déterminants dans l'occurrence d'une crise, d'un accident ou d'une catastrophe. Elles renvoient, plus fondamentalement, à des problèmes de confiance. Le risque est le résultat d'un processus qui voit des incertitudes converties en autant de dimensions qui peuvent faire l'objet d'une action.* ».

Au total, la réponse performante aux problèmes qui menacent l'intégrité des ressources naturelles et minières au Bénin se trouve certainement dans la restructuration en amont des politiques publiques dédiées en la matière.

[349]

### ***B\*) L'action publique de protection du trafic routier***

[Retour à la table des matières](#)

Les accidents de circulation et leurs impacts sanitaires individuels ou collectifs sont dans tout pays des révélateurs manifestes de problèmes de sécurité qui s'offrent à la régulation nécessaire de l'action publique. L'émergence au Bénin comme partout dans le monde à l'ère de la modernité automobile des accidents de circulation est, bien entendu, consubstantielle à l'évolution même des sociétés contemporaines mais encore à l'appropriation des nouveaux modes de transport des personnes et des biens. Certes, il n'existe pas de risque zéro en matière de transport automobile ou de tout fait de circulation routière, cela va sans dire. Mais quelles sont les ressources organisationnelles de l'action publique au Bénin pour maîtriser, contrôler et diminuer les impacts sanitaires des accidents de la route ? Autant dire, quelles sont ses ressources et ses stratégies de contrôle en termes de prévention et

---

<sup>566</sup> Olivier BORRAZ, *Les politiques du risque*, Presses de Sciences PO, op. cit., p. 17.

de gestion des risques routiers afin de réduire tant soit peu les niveaux d'incertitude inhérents au sentiment d'insécurité qui caractérise de plus en plus les perceptions sociales de toute activité de circulation routière ? La question des dommages au corps consécutifs aux faits de circulation routière est, en effet, devenue, pour leur récurrence dans l'espace social des communications urbaines et rurales, un véritable sujet de préoccupation sociétale et un réel enjeu de santé publique. Mary-Josée Burnier<sup>567</sup> faisait déjà remarquer que dans les pays d'Afrique au Sud du Sahara : « (...) *La mortalité et les incapacités dues aux accidents sont en augmentation, l'Afrique venant en deuxième position pour les accidents de la route (comparativement aux autres régions du monde).* ».

La détermination des causes de ces faits accidentels met en évidence dans la majorité des cas des facteurs révélateurs de conceptions populaires du risque et surtout de comportements<sup>568</sup> sociaux à risque. Ainsi, cette étude policologique et [350] sociologique s'intéresse également à l'impact sanitaire des comportements individuels ou collectifs à risque pendant l'activité de circulation routière. En cette matière, l'étude des politiques publiques sectorielles de sécurité publique peut permettre de questionner la capacité de maîtrise puis de contrôle notamment de l'action publique et policière à l'intérieur même de l'un de ses champs de compétence que représente la sécurité routière.

<sup>567</sup> **Mary-Josée BURNIER**, « Les accidents : l'inquiétante progression d'un carnage planétaire » pp. 161-174, in **Jean-Daniel RAINHORN** et **Mary-Josée BURNIER**, (dir.), *La santé au risque du marché. Incertitudes à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle*, Paris, PUF, Collection Enjeux, op. cit., p. 165.

<sup>568</sup> Ainsi, selon les observations de la Direction des Assurances : « *Parmi toutes les causes des accidents, le comportement de l'homme compte pour beaucoup. En effet, en dehors de l'état de dégradation des routes et dans une certaine mesure de la défaillance mécanique, la quasi-totalité des causes d'accidents est de la faute des conducteurs de véhicules. Même la défaillance mécanique est un cas limite, car elle constitue en fait une infraction aux règles générales de la circulation lorsqu'il est prouvé que le véhicule est insuffisamment contrôlé par son conducteur avant sa mise en circulation. Cette disposition se retrouve dans le décret n°430/PC/MJL/DACP du 23/11/1965 qui sanctionne le responsable de cette infraction par le paiement d'une amende de 1000 FCFA.* ». Cf. **République du Bénin, Ministère des Finances et de l'économie, Direction Générale de l'Economie, Direction des Assurances**, « Etude du phénomène de non assurance en responsabilité civile automobile au Bénin », Mars 2006, p. 29.

L'inscription de la sécurité routière à l'agenda des politiques publiques commence notamment avec les activités de sensibilisation <sup>569</sup> puis – dans une moindre mesure – de répression à l'initiative du Centre National de Sécurité Routière (CNSR <sup>570</sup>), de quelques acteurs engagés <sup>571</sup> de la société civile et des agents de force publique relevant de la police ou de la gendarmerie nationale. L'activité de sensibilisation intervient ici dans un espace social et culturel où le risque accidentel est surtout perçu beaucoup plus comme une fatalité hors du champ de contrôle des possibles humains qu'une simple probabilité contrôlable. En effet, à l'intérieur de ce champ culturel où la rationalité des faits sociaux est dominée par l'exaltation de la mystique des phénomènes naturels et surnaturels, l'individu finit toujours par minimiser son rôle ou sa propre contribution dans l'occurrence des malheurs individuels ou collectifs. L'accident de la circulation est socialement vécu soit comme une punition des comportements blasphématoires voire maléfiques des individus impliqués, soit comme une action [351] maléfique et sournoise de personnes malintentionnées dans le but naturellement de nuire à leurs victimes. Ainsi, dans

<sup>569</sup> Cf. Entretiens du 5 avril 2011 avec **Edouard OGOUTCHORO**, commissaire de police, chef-service Constat des accidents de circulation (Cotonou) et membre adhérent de l'ONG Alinagnon. Pour l'enquête : « *Le volet sensibilisation est en attendant privilégié au volet répression qui ne concerne pour l'instant que des objectifs bien précis tels que les pièces du véhicule ou de son conducteur* » et **Charles C. KINDÉDOHOUN**, inspecteur de police, commissariat central de Parakou.

<sup>570</sup> « *Le Gouvernement béninois a créé en 1987 le Centre National de Sécurité Routière (CNSR), une structure dotée d'autonomie financière et ayant pour mission la recherche et la mise en œuvre des actions visant à accroître la sécurité des usagers de la route. Sous la coordination du CNSR, le Bénin a mis en œuvre à partir de 2000, un système de gestion des données d'accidents de la circulation dénommé « Bulletin d'Analyse des Accidents Constatés » (BAAC) ; Les données sont collectées à partir des unités des forces de l'ordre (Police et Gendarmerie) et des hôpitaux de référence.* ». Cf. **Conférence Africaine sur la Sécurité Routière** du 05 – 07 Février 2007, Accra, GHANA, « Les accidents de la circulation et les traumatismes, la gestion de données, expérience du Bénin » présenté par **Nestor VITODÉGNI**, ingénieur polytechnicien chargé des Etudes et des Statistiques au Centre National de Sécurité Routière du BENIN, p. 5.

<sup>571</sup> C'est le cas de l'ONG béninoise « Alinagnon » qui milite pour la sécurité routière comme son nom l'indique en Fonngbé : « *Alinagnon* » c'est-à-dire pour que la route soit paisible.

l'inconscient collectif, l'excès de vitesse sur la route, le sommeil, l'alcool, le non respect du code de la route, le mauvais équipement du véhicule terrestre à moteur ou non, les surcharges du véhicule, l'excavation de la chaussée, sont souvent éludés dans les représentations sociales des phénomènes <sup>572</sup> connus à l'origine des accidents de la route dans l'univers de la rationalité moderne ou occidentale. Partant, selon la Direction des Assurances : « *Loin de constituer un fait survenu suite à une activité humaine notamment une erreur logiquement et rationnellement explicable, l'accident retrouve pleinement sa genèse dans la mise en branle des forces surnaturelles. Certaines divinités sont d'ailleurs reconnues et tenues responsables. Dans la culture fon, il est fait allusion au "gambada" fétiche destiné à combattre la sorcellerie et au "gou" divinité du fer et de la guerre.* » <sup>573</sup>.

La divinité du fer « gou » est mêlée dans l'occurrence des accidents de la circulation dans la mesure où, selon ses adeptes, tout véhicule terrestre à moteur ou non, est perçu avant tout comme un alliage de fer et non seulement comme le produit d'une technologie. Aussi, l'utilisation du fer ou de tout matériel roulant qui requiert son alliage par tout individu l'exposerait-elle absolument, selon les conceptions populaires, aux foudres du « gou » en cas de transgression de ses normes et tabous. Dans ce contexte socioculturel où la rationalité des événements ordinaires de la vie est surtout appréhendée à travers la trame d'une mystique traditionnelle et diffuse, les politiques publiques de sécurité routière sous forme de sensibilisation des usagers de la route, opèrent sans véritablement prospérer. Les facteurs de risques – humain et environnemental – ne cessent alors de persister à mesure que s'accroît le parc automobile <sup>574</sup> du pays et avec pour corollaire les

<sup>572</sup> Ces facteurs de risques font partie des principales causes d'accident de circulation recensées par le CNSR à partir des procès verbaux de la police et de la gendarmerie selon la Direction des Assurances. Cf. **République du Bénin, Ministère des Finances et de l'économie, Direction Générale de l'Economie, Direction des Assurances**, « Etude du phénomène de non assurance en responsabilité civile automobile au Bénin », op. cit.

<sup>573</sup> République du Bénin, Ministère des Finances et de l'économie, Direction Générale de l'Economie, Direction des Assurances, « Etude du phénomène de non assurance en responsabilité civile automobile au Bénin », op. cit., p. 18.

<sup>574</sup> La Direction des Assurances fait remarquer justement que le développement du « trafic » routier : « *a également un impact sur l'accroissement des accidents de la circulation, tant en nombre qu'en intensité* ». [Et surtout que] :

[352] accidents de la circulation. D'après Nestor Vitodégni <sup>575</sup>, 4800 accidents graves, en moyenne, sont ainsi dénombrés chaque année au Bénin.

Le volet répression est par conséquent envisagé de plus en plus avec les incitations pressantes des organisations militantes de la société civile à l'instar de l'ONG « *Alinagnon* ». La répression suppose l'existence de normes <sup>576</sup> et de textes de loi dont les conditions et les sanctions sont connues et acceptées par tous, en tant qu'ils fondent un certain pilier de l'ordre social. L'efficacité de la répression prônée par les textes dépend de l'efficacité même du système qui instaure ses normes et ses principes de fonctionnement. La solidité tout comme la porosité du système lui-même dépend des acteurs qui l'animent et de leur stratégie individuelle ou collective pour faire ou défaire son efficacité. Ainsi, un système de répression ferme des comportements à risque des usagers de la route ne peut se faire performant lorsque la logique des acteurs est trop souvent adossée sur une logique sociale de corruption <sup>577</sup>. Le phénomène de la corruption n'épargne, en effet,

---

« La période de la psychose des accidents mortels causés par les véhicules « gros porteurs » dans la ville de Cotonou demeure encore vive dans la mémoire des populations. ». Cf. **République du Bénin, Ministère des Finances et de l'économie, Direction Générale de l'Economie, Direction des Assurances**, « Etude du phénomène de non assurance en responsabilité civile automobile au Bénin », op. cit., p. 7.

<sup>575</sup> Cf. **Conférence Africaine sur la Sécurité Routière** du 05 – 07 Février 2007, Accra, GHANA, « Les accidents de la circulation et les traumatismes, la gestion de données, expérience du Bénin » présenté par **Nestor VITODÉGNI**, ingénieur polytechnicien chargé des Etudes et des Statistiques au Centre National de Sécurité Routière du BENIN, op. cit., p. 4.

<sup>576</sup> Les normes s'entendent ici au sens de **Raymond BOUDON** et alii en termes de corpus de règles qui régit : « *Les conduites individuelles et collectives.* ». Cf. **LAROUSSE RÉFÉRENCES**, in **Raymond BOUDON, Philippe BERNARD, Mohamed CHERKAOUI, et Bernard-Pierre, LÉCUYER**, (dir.), *dictionnaire de la sociologie*, Edition Larousse-Bordas, op. cit., p. 161.

<sup>577</sup> De notre entretien du 05 avril 2011 avec l'inspecteur de police du commissariat central de Parakou **Charles C. KINDÉDOHOUN**, il est à noter que l'administration policière ainsi que les services de contrôle routier de la gendarmerie nationale subissent fortement l'influence d'un système généralisé où la corruption serait le principe, et, la rigueur des textes de lois, l'exception. Selon l'enquête, en effet : « *Chacun a quelqu'un qui le protège dans l'escarcelle du système d'influence étatique contre les sanctions encourues de*

aucune sphère de l'administration publique de ce pays et constitue l'un des fléaux qui minent également l'efficacité de son administration policière. Partant, la lutte contre l'insécurité routière sous le régime d'une répression policière beaucoup plus ferme et imperméable pourrait être une épreuve redoutable pour le système social de corruption. Mais rien n'est moins sûr car, sous le régime non contraignant de la sensibilisation, la menace de la répression avait déjà pour effet de nourrir un système de dons, de services et de contre-services entre usagers de la route et [353] agents des forces de l'ordre. La répression et la crainte du gendarme qu'elle favorise pourrait alors galvaniser davantage l'action des réseaux de corruption au détriment d'une véritable sécurité routière. De même, la symbolique sociale de la mystique sorcellaire ou divine ne suffit pas à elle seule pour expliquer la faible performance du système de sensibilisation voire de répression acquis à la sécurité routière au Bénin. En effet, les causes de cette contre-performance sont aussi cernables sociologiquement à travers le fonctionnement même du système administratif où interagit une mosaïque réticulaire de cercles d'influence et de pouvoir décrivant des positions d'influence réciproques à différents niveaux à savoir : autorité hiérarchique et fonction subalterne ; fonctionnaire subalterne et usager du service public de l'administration policière ou de la gendarmerie. Dans cette triple relation de pouvoir – hiérarchie-subalterne-usager au sein de l'administration policière ou de l'institution militaire, c'est la position sociale du dernier de la triade qui, à un moment donné du cours des choses, va orienter le fonctionnement de l'institution policière ou militaire. S'inspirant de Max Weber (*Economie et société*, 1971) selon lequel le pouvoir : « *Signifie toute chance de faire triompher au sein d'une relation sociale sa propre volonté, même contre des résistances, quelle que soit la base sur laquelle repose cette chance* », Claude Giraud<sup>578</sup> finit par concevoir que : « *Le pouvoir est en conséquence une tentative d'orientation du comportement de l'autre de telle sorte qu'il devienne contrôlable et ne soit pas un obstacle éventuel dans le parcours que tout acteur « invente » en situation. Ce faisant, la relation de pouvoir est de l'ordre du marchandage implicite*

---

*telle manière que l'action policière de la sécurité routière peine beaucoup à se faire efficace. ».*

<sup>578</sup> **Claude GIRAUD**, *Concepts d'une sociologie de l'action. Introduction raisonnée*, Paris, Editions L'Harmattan, op. cit., pp. 85-87.

*te. Il coïncide également avec la découverte de ses propres désirs et de son identité sociale. ».*

Ainsi, lorsque l'usager des services de police voire de gendarmerie ou l'usager de la route subissant un contrôle de police ou de gendarmerie mobile appartient à une catégorie sociale dominante, la simple activation de son réseau d'influence sociale – ministre, homme d'État, haut fonctionnaire voire richissime homme d'affaire – [354] peut suffire à écarter de la gestion d'un cas infractionniste constaté le fonctionnaire subalterne ou l'amener, à tout le moins, à se cantonner au rôle de simple caisson d'enregistrement des ordres intimés par la position hiérarchique. C'est le procédé ordinaire de l'étouffement de sorte que l'affaire poursuivie est censée ne plus connaître de résonance ni policière ni judiciaire mais que relationnelle à travers des liens interpersonnels. Mais, lorsque l'usager des services de police relève d'une catégorie sociale peu reluisante et donc peu susceptible d'activer un quelconque réseau d'influence, il s'expose entièrement à la zone d'influence du fonctionnaire subalterne qui saisit alors l'opportunité pour reproduire dans sa propre sphère d'autorité, le même jeu de pouvoir d'influence et d'étouffement d'affaires lucratives où l'usager craint alors de s'être compromis vis-à-vis de la loi.

En toute hypothèse, l'institution policière comme d'ailleurs les autres sphères de la fonction publique, servent trop souvent d'interface de spéculation permettant à chaque acteur de maximiser ses intérêts personnels ou de préserver les services de faveur garantis par des liens interindividuels d'une entité réticulaire fonctionnant par système en submersible. Ainsi, pour Claude Giraud : « (...) *Les acteurs intervenant dans le cadre de l'action publique, sont également des acteurs intervenant dans la sphère des relations marchandes [c'est-à-dire des relations stratégiques de négociations permanentes] et dans d'autres microsystèmes. Ils peuvent alors avoir à trancher entre un intérêt d'acteur marchand et un intérêt d'acteur institutionnel.* » <sup>579</sup>.

À cette mosaïque de réseaux d'influence qui perturbent le fonctionnement normal et efficace de l'institution policière, il faut ajouter

---

<sup>579</sup> **Claude GIRAUD**, *Concepts d'une sociologie de l'action. Introduction raisonnée*, Paris, Editions L'Harmattan, op. cit., p. 95.

la carence et la défectuosité manifeste des infrastructures <sup>580</sup> routières : absence de panneaux de signalisation ou de pré-signalisation, absence ou insuffisance de l'éclairage des chaussées, défaut d'installation des catadioptres sur les véhicules, chaussées étroites ou excavées, dysfonctionnement des feux tricolores etc. Autant dire, les rouages de [355] l'administration policière et des institutions en charge de la sécurité routière se trouvent également confrontés dans ce pays aux mêmes difficultés qui caractérisent tant, en termes de pénurie ou de vétusté, l'institution hospitalière précédemment étudiée. Ainsi, les politiques publiques sectorielles de protection du trafic routier posent à l'action publique un véritable problème commun à toutes les sphères de l'administration des services de l'État à savoir la restructuration nécessaire puis en amont du processus de la décision politique et du service public dans toutes ses composantes.

### Titre 3.

## La décision politique sous le prisme du pouvoir princier ou la figure réaliste du machiavélisme selon Michel Bergès

[Retour à la table des matières](#)

Toute action publique découle des formulations des politiques publiques à l'initiative de l'autorité décisionnelle instituée. Elle peut être comprise à la lumière de nombreuses théories politiques de l'action et du pouvoir comme en témoignent les enseignements philosophiques pour la maîtrise du pouvoir politique hérités du Florentin Nicolas P. M. Machiavel. C'est avec Michel Bergès <sup>581</sup> que nous rendons compte des singularités d'un Machiavel dont les théories politiques plutôt machiavéliennes que machiavéliques sur la décision politique ou le pouvoir et sa conquête portent à croire que tous les Princes ne seraient pas

<sup>580</sup> Cf. Entretiens du 5 avril 2011 avec **Edouard OGOUTCHORO**, commissaire de police, chef-service Constat des accidents de circulation (Cotonou) et **Charles C. KINDÉDOHOUN**, inspecteur de police, commissariat central de Parakou.

<sup>581</sup> **Michel BERGÈS**, *Machiavel, un penseur masqué ?* Bruxelles : Éditions Complexe, 2000, Collection : Théorie politique.

vertueux. Ainsi, certains princes seraient tragiques. D'autres accèderaient à la souveraineté par le fait du hasard, du destin, de la fortune et n'auraient donc pas vocation à durer au pouvoir. D'aucuns y seraient parvenus en ayant usé de bas moyens, comme la [356] violence bestiale, la scélératesse. Enfin, les princes vertueux doivent leur souveraineté à leur personnalité moulée dans la vertu, le talent, le charisme. Michel Bergès souligne à juste titre que « *Le Prince* » écrit par Machiavel loin d'être une théorie du pouvoir absolu, qui serait une fin en soi, se veut être un traité didactique pour servir utilement le Prince en l'éduquant sur les stratégies du pouvoir d'antan et à venir. Le but, en somme, est d'aguerrir le Prince à la faculté de décider les bons choix dans l'intérêt commun. Machiavel s'en était bien expliqué lui-même en illustrant sa théorie de la nécessaire vertu politique du monarque ou du décideur par le choix véreux de certains princes qui, dans le passé, avait valu à tout leur peuple, pertes et ruines. Pourtant à en croire Machiavel, le Prince pour gouverner durablement a besoin non seulement des lois mais aussi de la force. Autant dire que le Prince doit être capable à la fois de vertu et de ruse. Machiavel juge la ruse nécessaire pour déjouer les tromperies des soi-disant amis ; en quelque sorte, pour démasquer au fond d'eux ce qu'ils ne disent pas et qui contraste assez bien avec ce qu'ils prétendent être. La ruse d'après Machiavel est aussi nécessaire pour servir les relations extérieures de l'État mais seulement en temps de guerre. Dans ce postulat, Michel Bergès fait remarquer que l'auteur du *Prince* ne serait pas aussi cynique qu'on pourrait tenter de le croire, et qu'il serait même porteur d'idées de valeur, en recommandant au Prince de savoir gouverner avec prudence, sagesse, humanité, fermeté et douceur, en fonction des circonstances ; de savoir combiner dans son intérêt, pragmatisme et efficacité. Ainsi, comme le fait remarquer Michel Bergès, « *Le Prince* » de Machiavel, loin de faire l'éloge de la tyrannie, est un bel ensemble de préceptes pour responsabiliser le Prince en lui faisant délaisser la méchanceté pour se délecter des valeurs et des bienfaits de la vertu et donc du bien commun. Il ressort également de cette analyse du pouvoir princier que dans son œuvre « *Les Discours* », Machiavel complétant sa théorie du pouvoir gouvernemental en vient à préconiser pour l'État la forme républicaine, fondement de toutes les libertés publiques, vecteur des institutions, du bien commun ou public, de l'intérêt général (les lois), du respect de la chose sacrée (la religion) autant d'éléments nécessaires pour bâtir une république durable, autant d'éléments nécessaires

pour consolider la paix publique et le pouvoir princier. En lançant ses admonitions à tout sacripant profanateur des [357] lieux saints, aux princes tentés par des intentions sacrilèges, Machiavel se découvre sensibilisateur du Prince et du peuple à l'importance capitale du sacré et de son respect qu'il s'agisse du Dieu suprême ou de l'État souverain d'où la raison d'État et sa sacralité.

Parlant de la corruption politique dont les causes seraient naturelles et humaines, Machiavel emprunte à la dialectique pour expliquer le nécessaire changement des choses, l'évolution inéluctable de toute chose vers son contraire : la conversion du mal vers le bien, la perversion du bien dans le mal, même si de tout temps, il ne s'agit là que de répétition des mêmes ordres. Cette conception machiavélienne a, sinon une proximité conceptuelle, du moins une résonance philosophique avec la pensée d'Héraclite<sup>582</sup> célèbre pour avoir énoncé que : « *Tout coule. Rien ne s'arrête. L'univers est comme un fleuve. On ne se baigne pas deux fois dans le même fleuve.* ». Autant dire, on ne peut à la fois saisir le bien et le mal, posséder à la fois, la vertu et le vice ; on ne peut descendre deux fois dans le même fleuve, on ne peut connaître deux fois le même temps en même temps.

Faut-il dresser de Machiavel, sans tomber dans l'apriorisme calomnieux de ses détracteurs, un portrait moral empreint de cynisme, décriant, semble-t-il son paganisme ? Il faut répondre par la négative, affirme Michel Bergès qui dénonce l'attitude peu catholique de certaines autorités ecclésiastiques critiques à l'égard de Machiavel pour avoir été critique à leur propre égard. En effet, aux sons de cloches, Machiavel dénonçait l'imbrication pernicieuse du spirituel et du temporel ; le détournement ou plutôt la perversion de l'objet du religieux par des prêtres dont la fonction aurait été finalement plus machiavélique qu'ecclésiastique.

Pourtant Machiavel trouvera un soutien idéologique dans le rang même du clergé par la voix du père Savonarole dont les sermons retentissants s'adressaient à la classe politique et ecclésiastique. Autant que Machiavel, c'est donc un pessimiste de la nature humaine d'où la nécessité de trouver des garde-fous afin de la rendre plus raisonnable. Le père Savonarole dénonce la tyrannie avec tous ses maux et rejoint

---

<sup>582</sup> Héraclite d'Ephèse, VI<sup>e</sup> siècle av. J.C.

ainsi Machiavel, dénonciateur du Prince tragique avec tout son cortège de malheurs.

[358]

Des exemples empruntés à la vie de Machiavel ainsi qu'à ses correspondances épistolaires témoignent assez bien du rapprochement de son âme à la chrétienté. C'est la démonstration historique qu'en donne Michel Bergès déterminé jusqu'au bout à réhabiliter l'auteur des « *Discours* » et du « *Prince* », devant une certaine opinion publique de son époque à la critique acérée, plutôt malveillante à l'égard de Machiavel accusé à tort d'être un esprit méphistophélique en puissance. Machiavel est croyant et il le dit. Il croit à la vérité divine et comme tout croyant il pratique le doute, l'hésitation ; et comme tout croyant, il se passionne du lucre, de la luxure. A Dieu, il recommande son âme, même si son corps n'a pu échapper aux commandes des faiblesses sabbatiques de la nature humaine. A Dieu, il s'était rendu corps et âme, même si à l'époque cela allait bien de soi.

Amoureux de la nature et du Dieu vivant, Machiavel vécut en pauvre, pâtre, pécheur dans la plus grande simplicité, comme en témoignent ses correspondances épistolaires. Et c'est peut-être l'une des clefs pour mieux comprendre à la fois l'homme et sa théorie politique.

Ce Machiavel, un dispensateur accompli de médicaments extemporanés ou de soins médicaux ? Pas tout à faire. Un penseur politique chevronné ? Certes. Mais encore, un philosophe moraliste qui, pour guérir la république de ses maux cuisants, préconise d'agir en amont par le diagnostic d'abord, et l'administration des remèdes appropriés ensuite.

Machiavel ne sera pas toujours compris. Il a même été contesté, détesté, molesté.

Pour certains auteurs, Machiavel persiflé n'est que la victime maladroite de son propre machiavélisme. Son manichéisme l'accuse. Son imprudence l'accable. Comment a-t-il pu, sans accepter le châtement, le bannissement, décrier tout haut les combines du pouvoir et de ses détenteurs parmi lesquels, ses véreux détracteurs ?

Certaines récupérations politiques mal fondées ont davantage desservi le Florentin portant un coup de grâce à sa réputation confuse au

sens machiavélique du terme. C'est le cas du sadisme hérité de Sade, du fascisme à la Mussolini, et du nazisme hitlérien.

Ce Machiavel incompris, vilipendé, méphitisé, a pourtant trouvé pour son génie politique, de farouches défenseurs parmi lesquels Raymond Aron qui encense et [359] reconnaît dans le Florentin, « un théoricien de la politique, un technicien de la puissance ». James Burnham considéra, pour sa part, Machiavel comme étant le fondateur des théories élitistes modernes. Pour mieux cerner Machiavel, Michel Bergès souligne la nécessité de se détacher des a priori, de s'élever au-dessus des interprétations déformées et déformantes de la pensée machiavélique. En privilégiant une approche historiciste, Michel Bergès considère que l'auteur du *Prince*, croyant malgré tout, mais qui ne croit guère à l'avenir, à cause de sa vision pessimiste des choses, est largement marqué par les événements de son temps, par la Renaissance. Sa perception du monde est alors partagée entre doute et croyance, raison et délire, sorcellerie et mystère, bref, une ambivalence caractéristique des courants philosophiques de son époque. Lucien Febvre, reconnaît Michel Bergès, va quant à lui reprocher aussi bien à Machiavel qu'à tous ses contemporains, leur mysticisme, leur démonisme, enfin leur anachronisme qui, à ses yeux, ne sont guère propices à l'émergence de toute idée scientifique ou politique. La représentation du monde par Machiavel et ses contemporains se limitant alors à la personnification de la nature et inversement à la naturalisation ou la réification des hommes comme l'avaient déjà fait avant eux, les premiers philosophes raisonnant par le mythe ou plutôt à travers une poésie mythique, productive de sens, où le merveilleux se confond avec l'absurde, la raison avec la déraison, la science avec la sensation ; établissant sans fin entre les choses, les objets, les hommes, les idées, des relations soit de correspondance, de complémentarité, soit d'opposition, de contradiction.

Pour Machiavel dont la vision de la politique, du pouvoir politique est plutôt pessimiste puisqu'il fera toujours des morts, le Prince doit se servir de la ruse, une intelligence culturelle en tant que ressource désespérée de l'histoire, de l'expérience ; il doit faire preuve de dualité de personnage, d'adaptabilité aussi, autant qu'un caméléon pour la variabilité de ses postures et la diversité de celles-ci ; le prince doit être capable d'intelligence et de trahison, de ruse et de vertu, somme toute, de manichéisme. Machiavel serait en quelque sorte le précur-

seur de la déconnexion de la morale et de la politique ; de la politique et de la religion mais sans jamais révéler la vraie nature de sa pensée, à cause de l'Inquisition, en la travestissant dans un langage codé, offrant un discours ésotérique, difficilement [360] décryptable au premier degré. Dans une seconde approche dite phénoménologique, c'est-à-dire centrée sur la connaissance et la description des phénomènes tels que présents à l'esprit, la théorie martrienne (Jean Louis Martres) opère un décryptage des discours codés de Machiavel à travers deux masques : le masque du diplomate et celui du dramaturge.

Machiavel le diplomate est une personnalité charismatique qui sait se faire aimer et admirer de tous avec un puissant capital relationnel fait de sympathie, d'enthousiasme, d'une grande aura pour ses afféctives de langage, son talent dans l'écriture et sa sagesse auxquels succombait naturellement son entourage : amis, collègues, subalternes, patrons et toutes les personnes et personnalités croisées à l'occasion de ses nombreuses légations à travers les différents pays traversés.

Machiavel, le diplomate connaît, malgré toute cette exaltation autour de sa personne, la culture et le mythe du secret pour la bonne conduite de la diplomatie et des affaires publiques de son État d'allégeance.

Sous le masque du diplomate, Machiavel se recommande des vertus de la droiture, d'un homme de bien dont la duplicité faciale, entre ruse et sincérité, par nécessité ou sur recommandation, doit se faire chaque fois avec art, préméditation, précaution et minutie dans le seul but de servir l'intérêt commun en démasquant les méandres du pouvoir princier qui, comme on le sait dorénavant, milite toujours pour les intérêts politiques d'un seul : le monarque.

Tels sont les desseins de Machiavel, masqué sous les traits d'un bon diplomate, un être social, secret, discret, stratège, dissimulateur, informateur à discrétion, attentiste et très attentionné. Derrière son masque de dramaturge, il faut voir, en effet, un Machiavel sorti de l'ombre, exposé à la lumière publique, rompant alors avec les secrets, le silence, la discrétion caractéristiques du monde diplomatique ; offrant ainsi sa pensée libre et théâtrale au détour d'une fiction rocambolesque dont la machination secrète révèle l'intention masquée, souvent perfide des personnages incarnés : fourberie des petites gens de la cité, supercherie des puissants du palais. Somme toute, un climat

social et politique empreint d'hypocrisie où l'apparence affichée ne renseigne pas toujours sur la réalité et le fond des choses imperceptibles à l'œil nu d'où la nécessité du port d'un masque [361] dont le champ optique ou focal réside dans les facéties et la dextérité diplomatique du porteur.

Somme toute, les politiques de sécurité alimentaire et sanitaire des aliments autant que les problématiques de protection des écosystèmes mettent en exergue leur importance au-delà même des frontières des pays. Avec la mondialisation et l'interdépendance des enjeux économiques qui la caractérise, aucun pays du monde ne peut longtemps échapper au flux mondial des risques et des avantages de la consommation. Ainsi par exemple du flux mondial des engrais chimiques, des pesticides, produits de la consommation économique, indispensables pour la production agricole mais insalubres et toxiques pour les besoins trophiques du consommateur final qu'est devenu l'homme, quel qu'il soit et où qu'il soit. Aussi, cette étude a-t-elle voulu appréhender les rouages administratifs de l'État béninois tant en matière de protection sanitaire des personnes que des biens de consommation et de l'environnement naturel, ce qui laisse entrevoir, une fois de plus, l'impéritie à bien des égards de l'institution publique étatique dans sa gestion des risques et dangers collectifs.

[362]

## Section 2. Les politiques multisectorielles de santé publique

[Retour à la table des matières](#)

La santé publique est indissociable du bon fonctionnement administratif des institutions de l'État. Elle fait appel à des mesures publiques dont l'importance pour le développement social, sanitaire et économique impose l'adoption par l'autorité de la puissance publique de plans d'actions stratégiques orientées vers l'efficience puis l'efficacité de tout le système. Il ne peut donc y avoir de système économique performant si le système social et sanitaire du pays est politiquement et institutionnellement décadent. La santé de l'économie serait d'une certaine façon le reflet évocateur de l'état de santé du lien social dans ses dynamiques institutionnelles et ses différentes interdépendances. Ainsi, les politiques de santé publique dépendent de l'allocation des ressources financières indispensables pour leur mise en œuvre. Les modalités gestionnaires de cette allocation relèvent du champ des compétences de l'action publique, que celle-ci soit circonscrite à l'échelle locale de la commune ou au niveau national du pouvoir central. Ce sous-chapitre analyse l'influence de l'action publique à travers ses politiques de financement de la santé collective et de gestion des problèmes socioéconomiques ainsi que ses modalités organisationnelles sur l'état de performance du système macroéconomique dans son ensemble.

[363]

## Titre 1

### L'action publique économique de la santé

[Retour à la table des matières](#)

Le financement de la santé publique est une étape cruciale et déterminante de la mise en œuvre des politiques publiques en cette matière. C'est la dimension clé des politiques de santé publique au sens de Martine Audibert, Jacky Mathonnat <sup>583</sup> et alii. La santé publique est ainsi un projet de société, un ensemble de programmes intervenant dans le domaine des politiques publiques pour organiser sanitaire-ment la société. Qu'il s'agisse de l'organisation sociale de la santé d'un point de vue préventif ou de la gestion institutionnelle de la santé comme de la maladie sous forme de prise en charge curative, la mobilisation des ressources financières est un préalable nécessaire qui s'impose à l'action publique de la santé. Bien que cette mobilisation des ressources pour financer la santé publique au Bénin emprunte plusieurs chemins de l'intervention politique de l'économique sur le social afin de restaurer la présence d'un État gestionnaire et protecteur de la santé collective, il n'en demeure pas moins constant dans les faits comme dans l'inconscient collectif que le spectre de l'« État sor-

---

<sup>583</sup> **Martine AUDIBERT, Jacky MATHONNAT** et alii défendent, en effet, la thèse suivante : « *Que le financement de la santé soit une dimension clé des politiques de santé des pays en développement en ce début du XXI<sup>e</sup> siècle est manifeste. Cette reconnaissance apparaît très nettement dans les publications de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de la Banque mondiale. Ces organisations ont mobilisé une importante expertise internationale pour étayer de manière très convaincante la démonstration de l'importance de l'efficacité des politiques de santé comme facteur de développement. L'évolution de la situation épidémiologique et sociale, combinée à l'évolution des approches, fait que les aspects économiques et en particulier le financement deviennent une pierre angulaire des politiques de santé.* ». In **Martine AUDIBERT, Jacky MATHONNAT et Éric de ROODENBEKE**, (dir.), *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, op. cit., p. 10.

cier » continue de hanter les populations rurales et urbaines démunies mais résignées à l'intérieur d'un système sanitaire insuffisamment pourvu de ses commodités organisationnelles.

[364]

### *A\*) Le financement public de la santé*

[Retour à la table des matières](#)

Le développement des programmes de santé publique et son financement au Bénin relèvent des politiques publiques dont l'émergence associe trois niveaux d'intervention synergique à savoir : le global, le national et le local. Au niveau global, la réalisation des programmes de santé publique est un objectif qui fédère dans ce pays, l'action ou l'intervention de plusieurs institutions internationales à l'instar de l'OMS, la Banque mondiale, l'Organisation pour l'alimentation et l'agriculture (FAO, institution spécialisée des Nations Unies), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (Unicef), auxquels s'ajoutent tant d'autres partenaires au développement (aides extérieures au soutien des programmes de santé publique au Bénin sous forme de coopération bilatérale ou multilatérale). Le financement de la santé au niveau global est davantage une stratégie institutionnelle de l'OMS dont l'objectif est d'assurer aux peuples du monde entier « le niveau de santé le plus élevé possible ». Ainsi les pays membres de l'Organisation comme l'État béninois peuvent recevoir non seulement une assistance technique mais aussi des fonds nécessaires pour appuyer la planification de leur politique nationale de santé publique. Ce soutien financier <sup>584</sup> de l'OMS au Bénin est en nette progression, soit

---

<sup>584</sup> D'après une communication du **Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique** : « *Le soutien financier de l'OMS au Bénin, pour mettre en œuvre les activités définies, se fait dans le cadre d'un budget régulier dont le montant est passé de US \$ 1 920 000 pour la période 1998-1999 à US \$ 2 347 000 en 2000-2001, US \$ 2 447 000 pour la période 2002-2003, US \$ 255 000 pour la période 2004-2005, US \$ 2 450 000 pour la période 2006-2007 et US \$ 605 000 pour la période 2008-2009, soit un accroissement de 27% en 10 ans. Plus de la moitié des ressources du budget ordinaire est consacrée à la lutte contre la maladie (28%), à l'organisation des systèmes de santé (10%), à la santé de la mère et de l'enfant (8%) et à la santé et environnement (7%).* ». Cf. **OMS**,

27% si l'on considère son évolution annuelle sur la dernière décennie 1999-2009 selon les estimations de l'OMS. Une partie de ces financements a bénéficié en termes de planification de la santé publique à la mise en place sur la même période décennale du système sanitaire pyramidal avec les trois niveaux de prise en charge – périphérique (avec ses zones sanitaires à l'échelle communale) intermédiaire (avec des CHD à l'échelle départementale) et centrale (CNHU, HOMEL, etc.), sous l'impulsion politique à vocation nationale du ministère de la santé publique. Néanmoins, l'Organisation reconnaît de façon [365] proactive les faiblesses et menaces qui laminent tant soit peu l'efficacité de ses actions d'assistance technique et surtout financière. Ainsi par exemple dans le cas du Bénin, si l'on reprend les considérations du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, de : « *L'indisponibilité des ressources financières par arrêt ou suspension de certains financements ; la baisse constante du cours du dollar, le budget de l'OMS étant exprimé en cette monnaie ; la faiblesse de la gestion et de la consommation des ressources mises à la disposition du Ministère de la Santé par les autres partenaires ; la faiblesse de l'implication des organisations de la société civile et du secteur privé dans la planification, la mise en œuvre et le suivi et l'évaluation des activités du Ministère de la Santé ; la perception de l'OMS comme un bailleur de fonds.* » <sup>585</sup>.

Le financement public de la santé au Bénin mobilise également la participation et l'action bilatérale ou multilatérale d'aide au développement de ses partenaires <sup>586</sup> internationaux. À ce titre, la Banque

---

**Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique** (2009), Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays, 2009–2013 Bénin, op. cit., p. 21 hors pages préliminaires.

<sup>585</sup> **OMS, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique** (2009), Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays, 2009–2013 Bénin, op. cit., p. 23 hors pages préliminaires.

<sup>586</sup> **Pierre FOURNIER, Slim HADDAD** et alii rappelaient notamment que : « *Les pays en développement ont fait évoluer leurs politiques de santé dans des contextes parfois difficiles et généralement sous la pression d'acteurs extérieurs, le plus souvent des partenaires techniques ou financiers incontournables.* ». Cf. **Pierre FOURNIER, Slim HADDAD et Pascale MANTOURA**, « Réformes des systèmes de santé dans les pays en développement : l'irrésistible emprise des agences internationales et les dangers de la pensée unique » pp. 71-84, in **Jean-Daniel RAINHORN et Mary-Josée**

mondiale apporte son soutien financier au ministère de la santé publique en matière d'équipements en infrastructures sanitaires et de prévention des maladies à haute endémicité comme le paludisme et l'épidémie du VIH/Sida. Les politiques publiques sectorielles de prévention ou de lutte contre la maladie dépendent largement pour leur mise en œuvre de ces coopérations bilatérales et multilatérales. L'Unicef soutient le pays et sa politique de santé publique par des actions humanitaires au niveau opérationnel des collectivités locales en favorisant l'assistance et la protection médico-sociale des enfants, leur éducation, leur épanouissement, l'accès des populations à l'eau potable et l'assainissement du milieu environnemental. La santé publique au Bénin est aussi financée et soutenue par l'Organisation des Nations-Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) notamment dans ses politiques universelles [366] de sécurité alimentaire ou encore de garantie de la qualité sanitaire des aliments et sa participation dans la lutte contre le VIH/Sida au Bénin. De surcroît, les coopérations bilatérales – française, suisse, belge, canadienne, États-Unis – et multilatérales (Union Européenne) sont aussi des acteurs prééminents <sup>587</sup> du financement de la santé publique au Bénin. L'importance de tous ces soutiens financiers ou de ces aides extérieures au développement et leur accroissement dénotent finalement une certaine insuffisance du financement proactif de la santé publique au niveau interne et donc gouvernemental. En effet, les dotations publiques des services de santé génèrent chaque année des dépenses publiques dont le service est assuré non seulement par des ressources externes mais aussi par le budget national même si la part du budget alloué au domaine de la santé ne représente qu'une faible contribution comparée aux aides publiques bilatérales et multilatérales en matière de santé et de développement social. Néanmoins, il faut souligner que ces dernières années, avec l'accession du pays à la démocratie, l'État béninois s'efforce

---

**BURNIER**, (dir.), *La santé au risque du marché. Incertitudes à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle*, Paris, PUF, Collection Enjeux, op. cit., p. 82.

<sup>587</sup> Voir en annexe 2, le tableau du document n°6 relatif aux interventions d'appuis techniques et financiers de ces partenaires au développement en République du Bénin : Coopérations bilatérales et multilatérales dans le domaine de la santé publique au Bénin.

d'accroître tant et plus la part de son budget national<sup>588</sup> consacrée au secteur de la santé publique. Ainsi, la part du budget annuel consacré aux dépenses de santé publique sur le budget national est passée de presque 5% à sensiblement 7% entre 1995 et 1999 puis représente environ 8% à près de 10% sur la période de 2000 à 2005. Toutefois, le financement public interne de la santé qui est compossible à l'émergence des politiques publiques nationales en la matière présente tout comme celles-ci la caractéristique d'être une problématique entièrement prise en charge par le gouvernement central et donc gérée au seul niveau national. En conséquence, le pouvoir local qui pourtant détient légalement des compétences en matière de planification de la santé publique dans sa collectivité territoriale, est absent du processus décisionnel et de mise en œuvre du financement des infrastructures sanitaires ou médico-techniques dans sa commune. En effet, l'entité territoriale de la commune est le lieu privilégié de matérialité des [367] infrastructures sanitaires et médico-sociales. Pourtant, l'état de déréliction médicale, de sous-équipement en matériel médico-technique, de vétusté et de pauvreté qui caractérisent tant les zones sanitaires (Centres de Santé Communal (CSCOM), Centre de Santé d'Arrondissement (CSA) voire les Unités Villageoises de Santé (UVS)) et les CHD notamment montre à bien des égards que le financement de la santé à partir des ressources internes et externes de l'État n'est pas toujours perceptible à son niveau le plus opérationnel (la commune) et intermédiaire (le département). Ainsi, la question du financement public de la santé pose également le problème de la gestion décentralisée des ressources allouées à la santé, ce qui nous renvoie à nouveau au constat permanent de la récurrente problématique inhérente au transfert effectif, en l'occurrence parcimonieux, des ressources financières aux collectivités locales après la réforme de décentralisation territoriale. En toute hypothèse, le financement public de la santé qui dépend des ressources internes (budget national : recettes publiques, recettes couvertes par la pression fiscale) et externes (coopération bilatérale et multilatérale) de l'État met en exergue les difficultés que traverse au Bénin l'institution en charge de la santé et du bien-être social. Le ministère de la santé publique, en l'occurrence

---

<sup>588</sup> Le document n°7 en annexe 2 présente le tableau de l'évolution en pourcentage du rapport du budget annuel consacré au secteur de la santé sur l'ensemble du budget national de 1995 à 2005.

son premier responsable et administrateur, le ministre de la santé dont les missions et attributions sont définies par décret, est l'instance gouvernementale chargée d'initier, de planifier, de contrôler, de coordonner toutes activités qui découlent de celles-ci et toutes politiques nationales et internationales de l'État en matière de santé publique, tous secteurs confondus (public comme privé). Mais les dynamiques de fonctionnement synergique et administratif du ministère, malgré l'organisation pyramidale du système sanitaire, restent largement tributaires des logiques d'une centralisation/déconcentration à telle enseigne que le niveau communal ou opérationnel est très peu représenté non seulement dans l'ordonnancement ministériel des dépenses publiques de santé mais aussi dans la planification des équipements ou des ressources médico-techniques. En effet, la situation de pénurie dans laquelle se trouvent les unités de soins au niveau opérationnel et intermédiaire puis le sentiment d'abandon ou de déréliction médicale et sociosanitaire qui domine tant les conceptions populaires sur la qualité hospitalière ramènent en tout point, dans les faits et dans l'imaginaire collectif, le [368] spectre récurrent de l'« État sorcier », gestionnaire, comme il peut, de la santé collective mais encore de toutes les sphères de l'administration publique. Dans sa radiographie socio-anthropologique de l'institution hospitalière au Cameroun, Bernard Hours résumait ainsi les interactions systémiques caractéristiques de l'« État sorcier » où finalement s'impose, d'après lui, ce constat permanent de questionnement nécessaire de la société tout entière, prise au piège du déterminisme socioéconomique qui caractérise tant le fonctionnement des différentes composantes du service public et de l'administration politique de l'État : « *Infirmiers malades de l'État, patients malades des infirmiers, État malade de la gestion sociale du malheur qu'il a en charge, la santé publique amène à remettre en question la société tout entière.* » <sup>589</sup>.

---

<sup>589</sup> **Bernard HOURS**, *L'État sorcier. Santé publique et Société au Cameroun*, Collection : Connaissance des hommes, Paris, l'Harmattan, op. cit., p. 159.

***B\*) La gestion publique de la santé collective :  
entre logique pragmatique de l'« État sorcier »  
et aspiration sociale d'un État providentiel***

[Retour à la table des matières](#)

L'État providentiel qui a prévalu jusqu'aux années quatre-vingts reste encore dans l'inconscient collectif une aspiration commune des populations au moment de recourir au service public de santé. Mais depuis les Politiques d'Ajustement Structurel (PAS) de la Banque mondiale en 1984, l'État providentiel qui garantissait tout à l'administré (vaccination, médicaments, aides alimentaires) s'est transfiguré dans l'imaginaire collectif en « État sorcier » qui ne fait plus rien ou ne peut plus tout faire ou encore a du mal à pourvoir à tout en toutes circonstances. L'État « sorcier », modèle métaphorique de gestion dans l'administration publique, est également le sort de la planification administrative des activités du service public de la santé collective. Le constat d'abandon ou de laissé-pour-compte n'est pas seulement qu'un sentiment. C'est aussi une réalité socioéconomique. [369] L'absence d'un régime de sécurité sociale élargi à toute la population n'est qu'une aggravation du sentiment de déréliction qui anime l'utilisateur du service public de la santé. L'utilisateur a du mal, en effet, à percevoir dans les faits à quoi correspond le financement public <sup>590</sup> de

---

<sup>590</sup> **Isabelle GOBATTO** faisait déjà remarquer à propos du financement de la santé au Sud que : « *La situation sanitaire des pays dits en développement donne généralement lieu à des bilans critiques. Maints éléments servent, de façon récurrente, à expliquer l'écart entre les sommes investies dans l'amélioration de la santé des populations, et les résultats obtenus. Les discours alarmistes ont en effet longtemps indexé les facteurs financiers – manque de moyens ou gestion désastreuse des finances disponibles –, techniques – manque de personnel, de structures sanitaires, de matériel –, politiques – corruption, désengagement des États, déséquilibre des rapports de force Nord-Sud autour de la santé – ou encore culturels – archaïsme des croyances, résistances culturelles, mauvaise réceptivité face au savoir et aux techniques biomédicales, et plus largement face aux innovations exogènes, dont fait partie la médecine scientifique.* ». Cf. **Isabelle GOBATTO**, « Les médecins acteurs dans les systèmes de santé. Une étude de cas au Burkina Faso » pp. 137-162, in **Bernard HOURS**, (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, KARTHALA, 2001, op. cit., p. 137.

la santé lorsque l'institution publique hospitalière manque en réalité de presque tout. La situation de pénurie en ressources humaines spécialisées voire de délabrement des équipements médico-techniques et sociosanitaires dans la plupart des CHD laisse penser, notamment du point de vue des administrés ou de l'usager que l'État serait finalement démissionnaire devant ses missions de service public de santé. L'adoption au niveau communautaire des Soins de Santé Primaires (SSP) dans l'optique de la santé pour toute la planète en l'an 2000 selon les objectifs fixés par l'OMS depuis sa Conférence d'Alma Ata (1978) renforcée par l'Initiative de Bamako (1987), et basé sur les participations communautaires à l'autofinancement <sup>591</sup> notamment en médicaments essentiels et consommables médicaux des unités de soins, ne suffit pas pour restaurer partout la présence effective, efficiente et efficace du service public de santé. Le document de stratégie de l'action gouvernementale – la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté, SCRP – précisait ainsi l'existence de difficultés [370] notamment pour la mise en œuvre des SSP : *« L'une des contraintes majeures à la réalisation des objectifs relatifs aux soins de santé primaires demeure l'insuffisance des ressources financières nécessaires pour effectuer les investissements en infrastructures de base, pour assurer la prise en charge des soins de santé primaire et les rendre accessibles aux populations. Tant que les ménages continuent de supporter plus de la moitié des coûts relatifs aux soins de santé,*

---

<sup>591</sup> Les SSP consistent, en effet, comme le rappellent si bien **Edgard-Marius OUENDO** et alii à : *« (...) Renforcer le financement et la gestion des activités de soins de santé primaires au niveau local, notamment celles qui visent à satisfaire les besoins des femmes et des enfants, en utilisant le système de financement par l'utilisateur et de recouvrement de coûts, fondé sur la vente de médicaments essentiels qui constituera un point d'entrée ; Promouvoir l'autosuffisance dans le domaine de l'approvisionnement en médicaments essentiels par le biais de la participation communautaire. Il est donc évident que les soins auront un coût financier pour les bénéficiaires. »*. In **Edgard-Marius OUENDO, Michel MAKOUTODÉ, Victoire AGUEH et Ayité MANKO D'ALMÉIDA**, « Equité dans l'application de l'Initiative de Bamako : situation de la prise en charge sanitaire des indigents au Bénin et approche de solution » pp. 119-129, in **Martine AUDIBERT, Jacky MATHONNAT et Éric de ROODENBEKE**, (dir.), *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, op. cit., p. 120.

*l'objectif de la fréquentation des services de santé et la maîtrise des maladies prioritaires sera difficilement atteint.* » <sup>592</sup>.

En effet, dans la plupart des zones sanitaires, l'insuffisance du financement public de la santé interagit négativement sur l'organisation de l'hôpital de zone sauf lorsque celui-ci est une structure privée ou confessionnelle comme l'hôpital de zone Saint Jean de Dieu de Boko dans le département du Borgou, dont les sources de financement sont privées. Les CHD qui représentent le niveau intermédiaire des soins de santé dispensés par l'hôpital public, selon la pyramide sanitaire, concentrent un double phénomène de désertion : d'une part la désertion médico-technique de ses composantes fonctionnelles entraînant, d'autre part, la désertion des usagers qui finissent par s'orienter vers les structures privées ou vers les tradipraticiens. Ainsi, les conceptions populaires sur l'hôpital public habillent l'État en réalité comme un bailleur de fonds de la santé publique, un acteur providentiel qui, toutefois, renonce peu à peu à ses engagements humanitaires. L'individu n'est plus alors que seul responsabilisé sur les moyens de pourvoir à la constitution de son capital-santé. Ses ressources privées pour financer ses besoins de santé sont la seule voie qui s'offre désormais à lui pour pallier tant soit peu l'absence de visibilité du financement public de la santé collective. Le risque-maladie, lorsqu'il devient une évidence dans les carcans de l'hôpital, est supporté entièrement par l'individu et par les solidarités spontanées que son statut social ou familial est capable de susciter. L'absence quasi-générale d'un système de prévoyance ou de mutualisation des prises en charge du risque financier des épisodes morbides ne permet pas toujours d'optimiser le financement public de la [371] santé qui, sommé de tout faire, de tout couvrir, finit alors par ne pas suffire pour réaliser les nombreux objectifs du service public de la santé qui s'efforce donc tant bien que mal de garantir à tout citoyen son droit fondamental d'être soigné et de vivre dans un environnement sain. Ainsi, la gestion publique de la santé collective pose en tout point la question des infrastructures nécessaires à l'existence et au bon fonctionnement du service public de la santé. La solution à cette question ne peut être exclusivement la recherche et la mise à disposition des ressources de financement public de la santé.

---

<sup>592</sup> **République du Bénin**, « Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté, SCRP », version finale, Avril 2007, op. cit., p. 16, hors pages préliminaires.

Elle dépasse, en effet, la seule pression des ressources financières pour interpeller l'organisation du service public de la santé dans son ensemble. Elle interpelle l'émergence des politiques publiques intervenant en synergie dans le domaine de la santé et du développement social. Ainsi, par exemple, des politiques publiques de réduction de la pauvreté et en faveur de la croissance (SCRP) qui seraient, par ailleurs, des stratégies efficaces de réduction des causes de morbidité sociale à l'origine des consommations croissantes des produits pharmaceutiques et d'utilisation des services de soins médicaux. De même, la construction progressive d'un régime d'assurance maladie universelle (RAMU), la gratuité récente de la césarienne dans toutes les unités médicales de soins obstétricaux représentent des mesures de politiques publiques pensées pour atténuer tant soit peu les effets morbides de l'« État sorcier » sur l'image de l'institution hospitalière afin de restaurer dans l'inconscient collectif l'image d'un État non pas providentiel mais surtout préoccupé et gestionnaire de la santé collective et du développement social. En effet, l'État semble ainsi comprendre davantage l'intérêt public – social et économique – à renforcer ses politiques de gestion en amont des situations de risque sanitaire individuel comme collectif.

[372]

## Titre 2

### Santé publique et santé de l'économie

[Retour à la table des matières](#)

L'économie de l'État béninois, comme nous l'avions précédemment développée dans cette étude, repose essentiellement sur les activités du secteur primaire (production agricole) et bénéficie dans une certaine proportion des apports du secondaire (Petites et moyennes Entreprises, PME) et du tertiaire (en l'occurrence le commerce des biens marchands). Mais ces activités économiques, quelle que soit leur ampleur dans l'économie locale, ne peuvent se développer durablement sans l'apport de l'humain d'où l'intérêt collectif de préserver son bien-être social à travers son capital-santé. Le développement des programmes de santé publique est en réalité une dimension du déve-

loppement social. Ainsi, les défaillances possibles dans la gestion ou l'organisation de la santé publique en ce qui concerne notamment son financement peuvent, par contrecoup, traduire l'existence de causes de défaillance ou de dysfonctionnement dans le système de production macroéconomique. Autrement dit, l'accroissement de la morbidité sociale peut, en l'absence de mesures publiques correctives, comporter des risques non négligeables pour le développement social et économique du pays.

### *A\*) Santé collective et développement social*

[Retour à la table des matières](#)

La gestion de la santé collective apparaît dans tout État comme la clef de voûte du développement social. La santé est donc une ressource primordiale sans laquelle les activités économiques d'un pays, ses dynamiques sociales et entrepreneuriales ne sauraient se développer durablement. Le secteur de la production et de la trituration du coton qui concentre l'essentiel des activités économiques d'exportation de l'État béninois est également le barycentre des emplois du pays fédérant plusieurs catégories de populations actives : des ouvriers, des exploitants [373] agricoles <sup>593</sup>, des entreprises publiques (sociétés d'égrenage, industries du textile), les composantes administratives du MAEP, des entreprises privées (transport, main-d'œuvre et commerce). La force de production puis de travail que toutes ces entités humaines et économiques développent ou peuvent mettre en œuvre dépend inexorablement de leur entretien physique et psychique autant dire du maintien de leur capital-santé ou de leur bien-être social et sanitaire. La performance de ce système de production agricole, industrielle et commerciale qui dépend totalement de l'activité de l'humain ne peut donc se faire sans une politique de santé pour tous et de gestion des risques sanitaires collectifs. Ainsi, l'émergence des politiques de santé publique vise avant tout à créer dans un État les conditions préalables à tout progrès social. En cette matière, la formulation des

---

<sup>593</sup> D'après la Direction de la Programmation et de la Prospective (DDP), le secteur agricole à lui tout seul comptabiliserait en 2002 plus de 550 000 exploitants recensés. Voir en annexe 2, l'encadré n°5 : un synopsis des objectifs fondamentaux de la SCRIP pour la sécurité alimentaire en cinq points.

politiques publiques développe souvent des stratégies de contrôle des maladies ou de riposte préventive notamment lorsque se présente une situation de risques infectieux. L'action publique, en l'occurrence de protection sanitaire, peut ici opérer des mesures de restrictions ou d'interdiction dans le but de préserver les populations entières et leurs potentiels économiques. Partant, l'objectif de protection de la santé collective qui, elle-même, sous-tend l'intérêt de préservation du potentiel économique et social d'un pays, peut être à la base des politiques publiques non seulement à l'échelle nationale mais aussi internationale.

Au niveau national, les politiques de santé publique dans l'optique du développement social du pays sont essentiellement mises en œuvre par le pouvoir central. L'exécutif local, en raison de sa récente autonomie décisionnelle, reste, en effet, encore faiblement impliqué dans la planification de la santé publique sur son territoire. Les politiques publiques en matière sociale et sanitaire répondent à l'ambition du gouvernement béninois de combattre ou de réduire les différents déterminants de la pauvreté qui touche autant les populations urbaines que rurales. Ainsi, le document de stratégie gouvernementale – la SCRP, Stratégie de Croissance, pour la Réduction de la Pauvreté – est un cadre à la fois « fédérateur et intégrateur » des politiques publiques sectorielles formulées en faveur du [374] développement social. Elle représente en quelque sorte la feuille de route de l'action gouvernementale dans les domaines de la croissance économique, la bonne gouvernance, la lutte contre la pauvreté, le développement humain, la santé et le bien-être des populations. Dans la perspective de promouvoir durablement le développement humain, l'une des ambitions de la SCRP est d'initier des travaux publics pour la réalisation des infrastructures de développement social en matière de transport, d'énergie, d'hydraulique et d'assainissement. En effet, les problèmes sociaux générés par la pénurie totale ou partielle de ces infrastructures impactent directement sur la qualité de la santé collective et sur l'efficacité du système qui la prend en charge. En l'absence d'un réseau de transport au point, d'une maîtrise de l'énergie, de l'eau et de la salubrité de l'environnement naturel, c'est tout le processus de développement social qui serait compromis. Pourtant, la question de l'accessibilité des populations entières à l'eau potable demeure une problématique récurrente qui confronte l'action gouvernementale à la dure épreuve des

ressources financières. Nombreuses sont les populations, notamment dans les zones rurales qui n'ont pas d'accès direct à l'eau potable. Les zones rurales étant généralement des terres de productions agricoles constamment exposées aux intrants chimiques phytosanitaires, les résidus de ceux-ci se déversent alors dans les courants d'eaux saumâtres habituellement utilisées par les populations dans leur alimentation ou se retrouvent par infiltration dans les nappes phréatiques. La maîtrise de l'eau et de sa qualité est donc un enjeu important pour la gestion de la santé collective et du développement social. L'eau est source de vie mais peut bien être aussi source de maladies et parfois de mort. L'ampleur des risques hydriques dans les pays d'Afrique faisait déjà remarquer justement à Pierre-Alain Roche <sup>594</sup> que : « *Depuis les années 1970, on a constaté une reprise spectaculaire des maladies endémiques, notamment celles liées à l'eau comme la malaria (1,5 million de morts par an par défaut d'assainissement ; au moins 1 enfant sur 5 mort avant l'âge de 5 ans le serait de paludisme), le choléra et la dysenterie (...). Les services d'eau potable sont peu développés et peu performants, et l'assainissement quasi inexistant en Afrique, ce qui entraîne une morbidité et une mortalité majeures.* ».

[375]

C'est pourquoi, la SCRP insiste dans ses plans d'action gouvernementale sur l'importance de développer des programmes et travaux d'assainissement de l'espace vital des populations notamment urbaines confrontées jusque-là à l'absence d'une gestion publique efficace des eaux usées, des inondations saisonnières et des boues résiduares. La force de la SCRP est, non seulement, de cerner les problèmes sociaux et environnementaux qui conditionnent tant soit peu les différentes situations de pauvreté des populations mais aussi de planifier les politiques publiques sectorielles nécessaires pour agir durablement sur elles. Sa faiblesse consiste pourtant à faire du gouvernement et de ses directions déconcentrées, ses opérateurs uniques ou ses maîtres d'ouvrage exclusifs. La société civile et les instances du pouvoir local sont très peu associées dans cette synergie d'action gouvernementale de développement social et économique. Les inconvénients sont l'absence de visibilité sociale en termes d'essor économique ou de

---

<sup>594</sup> **Pierre-Alain ROCHE**, « L'eau, enjeu vital pour l'Afrique » pp. 39-75, in *Afrique contemporaine*, 205, Dossier – Printemps 2003, pp. 40 et 60.

développement humain durable consécutif à la mise en œuvre gouvernementale de la SCRP. De fait, les conditions indispensables pour une gestion optimale de la santé collective ne sont toujours pas créées. Dans ce contexte, le programme de réduction de la pauvreté et de restauration de la croissance économique prôné dans la SCRP n'est, pour l'instant, plus qu'une espérance sociale hypostasiée. Mais les cadres du gouvernement préfèrent mettre l'accent sur la dimension purement politique de la SCRP en termes d'avancées notoires du respect, à toutes fins utiles, de l'obligation constitutionnelle <sup>595</sup> de la bonne gouvernance dans l'administration publique et politique. Ainsi, la lutte contre la corruption dans toutes ses formes et la médiatisation des sanctions administratives ou politiques qu'elle engendre, l'institutionnalisation du processus démocratique par la décentralisation territoriale sont données toujours en exemples des pratiques gouvernementales de bonne [376] gouvernance. Une propagande politique finalement assez volontariste mais encore utilitariste car, somme toute, favorable à l'incitation de la mobilisation des instances financières internationales – notamment la Banque mondiale et sa nouvelle politique d'aide au développement sous conditions de sélectivité <sup>596</sup>

<sup>595</sup> Le document de stratégie de l'action gouvernementale (SCRP) précise, en effet, que : « *La bonne gouvernance est une préoccupation traduite dans l'article 35 de la Constitution du 11 décembre 1990 qui stipule que « les citoyens chargés d'une fonction publique ou élus à une fonction politique ont le devoir de l'accomplir avec conscience, compétence, probité, dévouement et loyauté, dans l'intérêt et le respect du bien commun ».* S'adressant aux citoyens en général, la Constitution souligne par ailleurs en son article 37 que « *les biens publics sont sacrés et inviolables. Tout citoyen béninois doit les respecter scrupuleusement et les protéger. Tout acte de sabotage, de vandalisme, de corruption, de détournement, de dilapidation ou d'enrichissement illicite est réprimé dans les conditions prévues par la loi* ». ». In **République du Bénin**, « Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté, SCRP », version finale, Avril 2007, op. cit., p. 61 hors pages préliminaires.

<sup>596</sup> **Jean-Macaire MUNZELE** écrivait déjà à propos de cette nouvelle conditionnalité de l'aide au développement octroyée par la Banque mondiale en rappelant fort justement que : « *L'inefficacité avérée des programmes de développement fait qu'aujourd'hui la Banque mondiale essaie de donner une nouvelle impulsion en procédant par une sélection de « bons élèves » en y ajoutant à la conditionnalité économique d'autres domaines : environnement, gouvernance, etc.* ». In **Jean-Macaire MUNZELE Munzimi**, « L'aide au développement est-elle une thérapie pour l'Afrique ? ». Un article publié dans la

des États réputés « bons élèves » en matière de bonne gouvernance et de transparence démocratique – qui militent ainsi en faveur de la promotion du droit des peuples au développement, au progrès social et à la démocratie.

Aussi, le développement des programmes de santé publique au nom du progrès social et du défi de la réduction des inégalités socio-économiques au Bénin mobilise-t-il également la participation proactive de ses partenaires <sup>597</sup> tant bilatéraux que multilatéraux. Ces coopérations partenariales sont justifiées par les difficultés communes aux États d’Afrique noire à faire émerger des institutions politiques et économiques stables pour favoriser l’essor de la croissance économique et le développement social. C’est d’ailleurs l’une des causes identifiées de l’échec en grande partie de ces nombreuses coopérations bilatérales ou multilatérales d’aide au développement à en croire Jean-Macaire Munzele <sup>598</sup> qui souligne à juste titre que : « *La faiblesse des structures institutionnelles des pays du Sud laminées par un environnement macro-économique instable précarise le personnel administratif qui adopte un comportement prédateur* ».

[377]

---

revue MUNGAZI n°13, 2004, pp. 11-16. [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », p. 12.

<sup>597</sup> Voir supra dans le sous-paragraphe : le financement public de la santé.

<sup>598</sup> **Jean-Macaire MUNZELE Munzimi**, « L’aide au développement est-elle une thérapie pour l’Afrique ? ». Un article publié dans la revue MUNGAZI n°13, 2004, pp. 11-16, op. cit., p. 7. L’auteur et sociologue précise notamment que : « *Des politiques et des programmes de développement comme le nouveau partenariat pour le renouveau de l’Afrique (NEPAD), le programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) et le programme millenium (PRAM) y sont appliqués sans qu’il y ait des résultats escomptés. Aborder la question relative aux échecs de ces programmes de développement revient à exhumer la prédiction faite par René Dumont en octobre 1962 : « L’Afrique noire est mal partie ». Respecter le Tiers-Monde, disait-il, c’est lui dire la dure vérité, afin qu’il trouve en lui-même l’énergie sans laquelle il ne pourra conjurer la catastrophe. C’est à une révolution profonde et austère, éloignée aussi bien des facilités de l’assistance que des séductions d’un radicalisme aventureux, qu’il convie l’Afrique.* ». cf. **Jean-Macaire MUNZELE Munzimi**, « L’aide au développement est-elle une thérapie pour l’Afrique ? », op. cit., p. 4.

Ainsi, acteurs du développement social, les différents partenaires bilatéraux et multilatéraux deviennent également des censeurs des comportements institutionnels de prédation des ressources et des potentialités socioéconomiques des pays en développement. C'est dans ce contexte national et international de la nécessité du renforcement institutionnel du cadre politique et économique qu'interviennent au Bénin les réformes de l'administration territoriale avec la décentralisation après l'instauration du processus démocratique. Il s'agit de permettre aux populations à la base de profiter réellement des programmes d'aide au développement en établissant en leur sein des intermédiaires locaux autonomes qui ne soient plus de simples représentants du pouvoir central. Les collectivités locales peuvent alors être responsabilisées entièrement sur la gestion sociale des différentes aides publiques et privées en faveur du développement des communautés récipiendaires.

En toute hypothèse, les coopérations d'aide internationale au développement, en favorisant l'émergence des dynamiques locales et la promotion du développement à la base, représentent autant de ressources que de pressions externes qui conditionnent ainsi la mise en œuvre des réformes institutionnelles nécessaires pour réussir l'efficacité de chaque politique sectorielle en matière de santé publique comme en ce qui concerne la croissance économique et le développement social. Ces réformes institutionnelles sont d'autant nécessaires que l'ampleur de la morbidité sociale peut comporter des risques pernicieux pour tout le système social et l'émergence économique du pays.

[378]

### ***B\*) Le coût social et financier de la maladie***

[Retour à la table des matières](#)

La société tout entière et les finances publiques du pays paient un lourd tribut à la maladie lorsqu'il n'existe pas un système sociosanitaire de prise en charge médicale et paramédicale efficace des différentes causes de la morbidité sociale. La maladie est une cause d'invalidité temporaire ou définitive, partielle ou totale. En tant que telle, elle im-

pacte directement sur la productivité économique d'un pays lorsque sa gestion de la prévention ou de la riposte contre la multiplication des phénomènes morbides n'est pas efficiente. La configuration sociologique de ces phénomènes morbides au Bénin et leur maîtrise insuffisante par le pouvoir d'État peut expliquer le classement du pays parmi les plus pauvres et les plus endettés de la planète. Le cas du paludisme suffit à lui seul pour expliquer les causes d'absentéisme ou d'arrêt maladie dans les différents secteurs des entreprises privées ou publiques et dans les gradins de l'éducation nationale<sup>599</sup>. L'absence d'un système de soins performant et accessible à toutes les catégories sociales a, en effet, une inférence négative sur les comportements qu'adoptent les individus pour soigner leur maladie. En règle générale, l'épisode morbide est négligé dès sa survenue ou ses premiers signes prodromiques par le malade de la même manière que le système social et sanitaire apporte peu de réponse thérapeutique efficace : « on attend toujours que ça passe ». Et quand la maladie commence à perdurer ou à prendre des proportions bien plus qu'inquiétantes, il est déjà tard, bien souvent trop tard pour guérir efficacement. Le Bénin fait partie des pays du monde où, enfants et adultes risquent constamment de mourir sans pouvoir bénéficier du moindre traitement paramédical des suites d'une septicémie consécutive à une simple plaie torpide ou non mais surtout négligée par l'individu lui-même et [379] favorisée notamment par l'absence d'une couverture médicale ou paramédicale efficiente et omniprésente. Sur le plan économique, la première victime est le système de production agricole – principal secteur des activités économiques du pays – qui dépend d'une importante main-d'œuvre agraire

---

<sup>599</sup> Dans leur Plan décennal de développement 2006-2015 les ministères de l'éducation nationale reprennent à leur compte les constatations empiriques du ministère de la santé rappelant, en effet, que : « (...) *Le statut nutritionnel et alimentaire des enfants influe sur leurs capacités d'apprentissage et cognitives ; de même il contribue aux taux élevés de morbidité et d'absentéisme enregistrés dans certaines classes des établissements scolaires. Ces établissements sont peu salubres et les comportements quotidiens de leurs usagers (enseignants, apprenants...) ne sont pas toujours favorables pour garantir une bonne santé. En plus de ces facteurs, les conditions géo-climatiques et la pauvreté des parents d'élèves pourraient justifier la fréquence des infections parasitaires intestinales et urinaires.* ». Cf. **République du Bénin, Ministères en charge de l'éducation**, « Plan décennal de développement du secteur de l'éducation 2006-2015 », tome 1, Cotonou, 2006, p. 40.

dont les effectifs laminés par des problèmes de santé et l'absence d'un système de protection sociale efficace, peinent à se renouveler chaque année. L'espérance de vie d'un béninois est aujourd'hui estimée à la naissance à 55 ans selon la Banque mondiale <sup>600</sup>. Le pays connaît également un taux élevé de mortalité infantile dont la maladie – le paludisme en l'occurrence – et les insuffisances du système sanitaire en termes de capacité de prise en charge obstétricale en sont les principales causes. Avec une espérance de vie en moyenne de 55 ans, un taux considérable de mortalité infantile et la probabilité non négligeable du décès de la mère en couches, le Bénin dont la croissance annuelle de la population est estimée à 3,2% est pourtant confronté empiriquement aux problèmes du renouvellement de ses populations actives. En effet, si la population s'accroît vite, elle vieillit peu en raison d'une forte mortalité. Il apparaît au vu de ces constatations empiriques que les dépenses de santé coûtent beaucoup moins chères que les pertes induites par la maladie mais aussi par l'absence d'un système de protection sociale et de prise en charge thérapeutique efficace. Autrement dit, le financement du système de santé représente un coût beaucoup moins dispendieux par rapport au financement des dépenses de maladie et le coût économique de ses ravages sociaux. Tout comme le reconnaît à juste titre Göran Dahlgren <sup>601</sup> : « (...) *La maladie entraîne non seulement des dépenses supplémentaires, mais aussi une perte de revenu.* ».

En effet, financer la santé et le système sanitaire revient à prévoir et à pourvoir à tous les besoins nécessaires pour assurer la protection sociale et sanitaire des populations alors que financer la maladie empêche d'agir dans une approche préventive. Le financement du coût de la maladie se retrouve alors dans l'ensemble [380] des finances pu-

---

<sup>600</sup> Source Banque mondiale (WDI 2006) citée par **République du Bénin**, « Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté, SCRP », version finale, Avril 2007, op. cit., p. 9 hors pages préliminaires. Selon la même source, la mortalité infantile au Bénin d'une part – enfants de moins de cinq ans – est de 152 pour 1000 contre 87 pour 1000 dans l'ensemble de l'Afrique de l'Ouest et d'autre part, la croissance de la population béninoise serait de 3,2%.

<sup>601</sup> **Göran DAHLGREN**, « Payer les soins de sa poche : un déterminant majeur de la pauvreté. » pp. 123-137, in **Jean-Daniel RAINHORN** et **Mary-Josée BURNIER**, (dir.), *La santé au risque du marché. Incertitudes à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle*, Paris, PUF, Collection Enjeux, op. cit., p. 128.

bliques toujours insuffisantes <sup>602</sup> pour répondre aux difficultés de renouvellement des forces vives du pays car la morbidité sociale, à défaut d'être prise en charge efficacement, fragilise des secteurs entiers de la production économique ainsi que des composantes actives du service public. Au niveau de l'institution étatique, le financement de la maladie dépend encore en grande partie des bailleurs de fonds internationaux tel qu'en matière de l'assistance sanitaire et nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH/Sida. Mais au niveau de l'individu, les dépenses de soins en cas de maladie sont entièrement tributaires des solidarités familiales qui viennent alors compenser tant soit peu l'absence d'un système de protection sociale beaucoup plus institutionnalisée. La protection familiale qui découle de l'établissement de liens de parenté élargie <sup>603</sup> à tous les membres et assimilés d'une communauté ethnique est réelle sans pour autant être efficace. En effet, ces solidarités familiales sont des pratiques coutumières d'assistance selon les moyens puis la volonté de chaque membre du lignage et ne représentent en rien une garantie d'assurance en cas de besoin. Aussi, le malade est-il généralement condamné dans sa

---

<sup>602</sup> Dans une relative comparaison entre Nord, Sud et pays émergents, **Denis-Clair LAMBERT** faisait remarquer que : « (...) Les pays riches consacrent en moyenne 8% de leurs ressources aux dépenses globales de santé, les pays à revenu intermédiaire 3 à 5% et les pays à faible revenu 1 à 2%. Dans le premier cas on note une longévité exceptionnelle, et dans le dernier une lourde mortalité prématurée : une durée moyenne de vie de 72 à 78 ans ou de 50 à 55 ans ! ». In **Denis-Clair LAMBERT**, *La santé, clé du développement économique. Europe de l'Est et Tiers-Monde*, L'Harmattan, op. cit., p. 18.

<sup>603</sup> **Bruno MEESEN** décrit en l'espèce la constitution de « pooling » le plus large possible pour collecter les entraides ou solidarités spontanées. Il souligne notamment que : « (...) *L'entraide est un recours pour les risques idiosyncratiques comme la maladie ou les frais de funérailles. La couverture pouvant être offerte dépendra de la taille du « pooling » possible à atteindre compte tenu de l'asymétrie d'information. Des observations récentes indiquent que la couverture ainsi produite est souvent insuffisante. Alors que les coûts de ses soins de santé augmentent, l'entraide semble même connaître une régression historique, en Afrique comme ailleurs.* ». Cf. **Bruno MEESEN**, « Quelles stratégies de couverture face aux risques liés à la santé ? Quelques points de repère microéconomiques pour la réflexion sur les stratégies disponibles dans les sociétés traditionnelles » pp. 175-203, in **Martine AUDIBERT, Jacky MATHONNAT et Éric de ROODENBEKE**, (dir.), *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, op. cit., p. 191.

situation d'invalidité à priori momentanée, lorsque les solidarités familiales font défaut. Ce système de solidarités familiales entraîne également de nouvelles pratiques comportementales de prédation des fonds collectés en raison, d'une part, des surenchères relatives aux coûts des prestations médicales ou paramédicales suscitées par l'engouement des solidarités spontanées de l'entourage familial du malade et d'autre part, à cause de la vénalité ou de [381] l'affairisme circonstanciel dans le rang même des membres de la famille accompagnant le malade et impliqués dans la gestion de ses dépenses de soins de santé. Ces pratiques qui compromettent les capacités du malade hospitalisé et de la parentèle à couvrir entièrement le financement des besoins en soins médicaux de celui-là ne sont en réalité que le prolongement des habitudes instinctuelles acquises de l'habitation ou de l'exposition sociale aux faits de prédatons matérielles de l'« État sorcier » sur l'ensemble de la population. En effet, l'usager de l'institution hospitalière sait d'avance qu'il devra se résigner ou faire face aux pratiques de prédation financière ou de « rançonnement <sup>604</sup> » de la part du personnel soignant et pour, tant soit peu, anticiper sur ce phénomène courant de rançonneurs hospitaliers, il adopte la même stratégie de rétention partielle des fonds collectés à partir des solidarités spontanées pour soigner le malade. Dans certains cas, bien que des fonds de solidarités soient collectés, la famille choisit pourtant de garder le malade à domicile par crainte de s'exposer aux surenchères financières courantes dans les hôpitaux. C'est que, le financement de la maladie à l'hôpital est toujours pour l'usager une opération stochastique qui, parfois, peut conduire inexorablement au constat d'échec avec le décès du patient. Les spéculations familiales sur le risque de

---

<sup>604</sup> Cf. **Marceline KASSIN**, op. cit., entretien du 15 novembre 2010. **Jean-Pierre FOIRRY** expliquait pour sa part ce phénomène par la conjoncture socioéconomique qui n'épargne pas les agents de santé en faisant remarquer notamment que : « *Dans la situation de pénurie d'équipements et de baisse dramatique des salaires réels du personnel, des formes de tarification nominale (notamment dans les hôpitaux) et de tarification officieuse et incontrôlée instituées par les agents de santé, rendent de fait les services de santé payants pour la population.* ». Cf. **Jean-Pierre FOIRRY**, « L'Initiative de Bamako : quels bénéfices pour les populations africaines ? » pp. 53-69, in **Jean-Daniel RAINHORN** et **Mary-Josée BURNIER**, (dir.), *La santé au risque du marché. Incertitudes à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle*, Paris, PUF, Collection Enjeux, op. cit., p. 54.

décès du malade et sur ses funérailles probables, lorsqu'il s'agit d'un adulte, font prendre des précautions à certains membres de la parentèle quant à l'utilisation des fonds de solidarités collectés. Partant, ce système de protection familiale est lézardé de l'intérieur comme de l'extérieur par des enjeux de vénalité et de rentabilité, de défiance et d'abus, qui le vident finalement de sa substance. L'ensemble de ces pratiques qui vénalisent les soins et les soutiens du personnel soignant comme de la parentèle du malade, a des répercussions non seulement sur l'ampleur de la morbidité sociale mais aussi sur la [382] mortalité considérable dans ce pays. Ces pratiques mettent aussi à mal l'optimalisation des SSP dont le financement repose sur le principe de la participation communautaire. Les SSP visaient l'atténuation parmi d'autres des effets délétères de la persistance de l'« État sorcier » dans la gestion du système sanitaire des pays du Sud en développant le modèle du recouvrement<sup>605</sup> des coûts des unités de soins fondé sur l'incitation des participations communautaires au financement de l'institution sanitaire. Mais ces effets délétères de l'« État sorcier », sans disparaître définitivement du système sanitaire, se manifestent encore à travers ce qu'il convient de qualifier sous les traits métaphoriques de l'étant sorcier, c'est-à-dire l'individu ou la parentèle gestionnaire des fonds de solidarité au service du malade et dont le comportement vénal instinctuel et stratégique au moment de discuter les soins de santé nécessaires au malade qu'il accompagne, privilégie la rétention des fonds au détriment de la dispensation des soins médi-

---

<sup>605</sup> En effet, d'après **Boubou CISSÉ, Stéphane LUCHINI** et alii : « *Décidée dans un contexte de promotion du libéralisme économique dans le monde en développement et de désengagement général de l'État invité à abandonner toutes ses activités de production de biens et de services, la politique de recouvrement des coûts est censée s'appuyer sur la logique de la régulation marchande comme moyen de restaurer un rôle de la demande, et donc des usagers, afin de rationaliser le fonctionnement des services de santé. Pour les promoteurs de cette politique, le paiement direct par les consommateurs de soins d'une partie du coût des prestations doit inciter l'offre publique de soins à une meilleure allocation des ressources et constituer un stimulant pour la dispensation de services de meilleur rapport qualité/prix (Jimenez, [1995]).* ». In **Boubou CISSÉ, Stéphane LUCHINI** et **Jean-Paul MOATTI**, « Recouvrement des coûts et demande de soins dans les Pays en Développement » pp. 111-149, in : *Revue française d'économie*. Volume 18 n°4, 2004, p. 113, [en ligne] texte disponible sur Persée <http://www.persee.fr> [consulté le 15 juillet 2010].

caux. Si dans le fonctionnement de l'« État sorcier » ce n'est pas la volonté de bien faire pour assurer le service public qui manque mais les moyens d'y parvenir efficacement, dans les agissements stratégiques de l'étant sorcier, c'est plutôt l'inverse car, si les moyens existent grâce aux collectes des solidarités spontanées, ce qui fait défaut paradoxalement, c'est la volonté de poursuivre sur la voie des services hospitaliers, une volonté laminée par le doute ou les spéculations sur le risque de tout perdre si malgré les dépenses consenties, le malade ne survit pas. En toute hypothèse, le financement de la santé ou de la maladie interpelle pour son efficacité le système social et politique dans son ensemble et sa gestion [383] rationnelle de la santé collective. Il interpelle l'action de l'État en tant qu'institution rationnelle.

Il apparaît, à la fin de cette analyse des politiques publiques de développement social, que la gestion des problématiques sociales de santé publique comporte des liens évidents avec les politiques de maîtrise des conditions nécessaires pour restaurer la performance du système de production économique dans son ensemble. L'État et ses différents partenaires au développement jouent dans ce sens un rôle déterminant en prônant des politiques publiques multisectorielles en faveur de la croissance, de la réforme de l'administration territoriale et du financement de la santé. Mais l'ampleur de la conjoncture actuelle que traverse le pays ne permet pas notamment aux plus défavorisés de s'affranchir des carcans administratifs de l'« État sorcier » à telle enseigne que les efforts de l'État et des bailleurs de fonds bilatéraux ou multilatéraux pour réaliser des programmes de santé publique et de développement social ne sont guère perceptibles aux yeux des populations locales. Dans l'espèce, même si l'intervention de la puissance publique est encore caractérisée par son impéritie organisationnelle sur l'ensemble du territoire national, il n'en demeure pas moins rationnel que seul l'État est à même de construire ou de garantir un système de protection sociale et sanitaire durable et efficace tandis que l'individu, en dépit de ses protections familiales, y sera toujours moins aguerri lorsqu'il faut répondre à une situation de risque sanitaire individuel ou collectif.

[384]

Au total, l'accroissement des risques sanitaires collectifs du fait de l'activité humaine interpelle tout autant la capacité de régulation et de contrôle des pouvoirs publics que les implications didactiques et opérationnelles de la société civile dans son ensemble. Une fois de plus, au moment de conclure ce chapitre de notre étude sur la santé publique à travers les politiques de maîtrise des risques sanitaires collectifs, nous voudrions rappeler avec Ulrich Beck <sup>606</sup> que les risques sont en effet présents partout et n'importe où dans l'espace social des échanges, de la consommation, du logement, de la production, de la circulation, enfin, partout dans notre environnement. En tant que tels, ils sont susceptibles de compromettre gravement la sécurité sanitaire de tout être ou de toute espèce vivante dans son union symbiotique avec la nature et la société. La sécurité alimentaire est compromise lorsque les ressources naturelles d'un pays, sa production agricole vivrière, son importation en produits alimentaires et les apports de l'aide internationale ne suffisent pas pour garantir à toute sa population des ressources alimentaires. Cette situation de risque alimentaire est encore peu caractérisée au Bénin ces dernières décennies grâce notamment aux efforts de l'action publique en faveur de la croissance macroéconomique et aux actions conjuguées des partenaires internationaux au développement. Pour autant, le risque alimentaire persiste encore et produit ses effets nocifs perceptibles en l'occurrence sur la santé des enfants, leur équilibre nutritionnel et leur capacité de rétention en milieu scolaire. Le spectre du risque alimentaire persiste encore avec l'acuité du risque environnemental aggravé par la déforestation induite notamment par les pratiques agricoles itinérantes sur brûlis et les effets délétères des risques sanitaires alimentaires. En effet, l'insécurité sanitaire des aliments est en l'espèce une préoccupation sociale majeure dont les mesures publiques de contrôle et de maîtrise dénotent également une situation d'impéritie plus ou moins totale de l'action publique. En général, tout comme on peut le constater, la gestion publique des situations de risques sanitaires collectifs souffre

---

<sup>606</sup> Ulrich BECK, *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris : Editions ALTO Aubier, op. cit., p. 74.

dans ce pays de la même impéritie qui caractérise tant la mise en œuvre des politiques publiques multisectorielles relatives au fonctionnement rationnel des différentes structures de [385] l'État. C'est le cas du financement public de la santé dont les insuffisances et l'absence de résultat probant quant à leur efficacité sur le terrain avait requis, sous l'impulsion de l'OMS et de ses partenaires, la participation des communautés au recouvrement du coût financier des SSP, (OMS, Conférence d'Alma Ata, 1978 et Initiative de Bamako, 1987). Mais la gestion du financement de la santé par la participation proactive des communautés locales n'a guère supprimé les méandres culturels de l'« État sorcier » [Bernard Hours, 1985] dont la logique fonctionnelle se retrouve désormais imprimée dans l'inconscient collectif de l'étant sorcier, une sorte de posture instinctuelle et réfractaire de l'individu ou de sa communauté au moment d'être confronté au service public de l'institution sanitaire. La logique de prédation, l'abus et la méfiance qui découlent de la confrontation entre l'« État sorcier » et l'étant sorcier mettent pourtant en exergue une certaine aspiration générale de la société vers l'institutionnalisation d'un État pourvu d'une administration rationnelle et performante. C'est cette institution rationnelle qui peut, en synergie totale avec tous ses organes décisionnels et ses structures exécutives corrélées, gérer efficacement dans l'intérêt général toutes les problématiques sociales, économiques, politiques et sanitaires qui préoccupent, à juste titre, la population d'un pays. Ainsi, l'efficacité de l'action publique justifie qu'elle soit préférée en toute hypothèse pour organiser le système social et sa gestion rationnelle des situations de risques sanitaires collectifs par prévention ou par précaution.

[386]

**Deuxième partie.****La santé publique à travers la gestion publique  
des risques collectifs****Chapitre 2**

---

**L'action publique et la régulation  
des activités ou comportements  
face aux risques sanitaires**[Retour à la table des matières](#)

L'espace social du développement humain et économique est aussi l'espace public de l'émergence des vulnérabilités tant individuelles que collectives. C'est l'espace total des expositions potentielles aux risques. Autrement dit, l'état de société qui, dans sa conception rousseauiste, est toujours préférable à l'état de nature, est également un état de risque permanent. La société du risque décrite par Ulrich Beck, sans être un retour déchanté à l'état de nature, est en somme un détour irrépressible à l'état des vulnérabilités sociales. La vie en société expose aux risques de maladies infectieuses, de pollutions chimiques voire radioactive et des dégradations naturelles ou anthropiques du milieu. Si le contrat social prôné par Jean Jacques Rousseau a pu fonder la pacification des rapports interhumains absolument délétères dans l'état de nature, la société du risque fait davantage prendre conscience que l'acteur social a désormais tout intérêt à prôner en outre la mutualisation absolue de ses efforts avec le reste de la collectivité afin de se prémunir efficacement contre les risques rattachables tant à

l'existence qu'aux activités humaines. La mutualisation des risques collectifs qui est un choix de société, procède nécessairement des politiques publiques. Elle suppose que l'individu est totalement désarmé pour supporter tout seul les conséquences pouvant découler d'une situation quelconque de risque. Elle légitime en revanche la collectivité comme seule instance capable de prendre en charge, de gérer ou de réguler les différentes situations de risques collectifs. La régulation des risques sanitaires collectifs est donc un enjeu social de préservation de l'intérêt général. La réalisation de cet objectif de santé publique et de protection de l'intérêt général passe également par la sensibilisation de toutes les catégories sociales à travers leur instruction, leur information et la compréhension des différentes situations de risques identifiés dans leur environnement. À ce titre, la prévention et la [387] précaution peuvent orienter et expliquer certains choix politiques opérés par l'action publique. L'intérêt de la prévention n'est plus à démontrer dans l'élaboration des politiques de santé publique, quelle que soit l'entité territoriale considérée. De la même manière, avec la mondialisation économique, la justification du principe de précaution vaut autant pour les pays du Nord que pour les pays du Sud dont l'interdépendance économique conduit également à l'interdépendance des situations de risques sanitaires.

## Section 1.

# La prévention comme outil traditionnel de diffusion des programmes de santé publique

[Retour à la table des matières](#)

Tout d'abord, la prévention intervient comme modèle d'organisation sociale de la sécurité sanitaire. C'est le cas des politiques publiques en matière de salubrité de l'environnement social et de contrôle de la qualité ou de l'innocuité des médicaments qui circulent dans l'espace public. La salubrité publique est, en l'espèce, une mesure préventive contre la multiplication et la propagation des risques sanitaires collectifs. Elle mobilise, en principe, l'action et la participation de tous les administrés. De même, la circulation de plus en plus de médicaments frelatés ou de mauvaise qualité dans l'espace social appelle aussi des mesures publiques de prévention du risque iatrogène non seulement au niveau national mais aussi international. De surcroît, la prévention permet à la collectivité de discuter son modèle social de prévoyance en matière d'assurance contre le risque de maladie, un projet de mutualisation encore embryonnaire dans le cas du Bénin.

[388]

## Titre 1

# Salubrité publique et sécurité sanitaire des médicaments, une action publique multisectorielle de la prévention

Les politiques de santé publique interviennent dans plusieurs domaines afin d'assurer aux populations le niveau de sécurité sanitaire le plus raisonnable possible. Ainsi, les politiques publiques, dans le cadre de la prévention des risques sanitaires collectifs, visent à garantir aux populations des conditions favorables au maintien de leur bien-

être et de leur sécurité sanitaire. Au Bénin, les programmes de salubrité publique ont tôt fait de représenter la voie idoine de sensibilisation des populations à l'importance sanitaire d'observer partout des règles d'hygiène et d'assainissement des habitats. Pour autant, les comportements à risques sanitaires persistent et les conditions sociales qui semblent les déterminer ne permettent pas toujours aux différentes mesures de salubrité publique de prospérer partout auprès des populations des aires rurales comme urbaines. Le Bénin fait aussi partie des pays où se développe le frelatage de certaines marchandises parmi lesquelles se trouvent les produits pharmaceutiques. Le marché informel des médicaments ne manque pas alors de compromettre davantage la sécurité sanitaire des populations ce qui justifie l'émergence au niveau national comme international des politiques publiques de prévention, de contrôle ou de maîtrise de l'évolution contemporaine du risque iatrogène.

[389]

### *A\*) Salubrité publique et santé publique*

[Retour à la table des matières](#)

La lutte préventive contre les maladies infectieuses ne ressortit pas seulement à l'efficacité des politiques vaccinales. Elle relève aussi de la performance des politiques nationales et territoriales de salubrité publique. L'assainissement de l'espace public et de l'environnement physique des hommes est une condition sine qua non du maintien de l'équilibre sanitaire de toute la chaîne alimentaire et constitue, par conséquent, un enjeu prioritaire de santé publique. En effet, l'espace social est aussi l'espace de circulation et de transmission des agents pathogènes responsables des maladies et de l'accroissement de la morbidité dans un pays. C'est également l'espace de multiplication des comportements individuels et collectifs à risques sanitaires. Au Bénin, les politiques nationales d'aseptisation de l'espace public ont très tôt consisté sous le régime marxiste-léniniste de Mathieu Kérékou dans l'inculcation sous peine d'amende, des bonnes pratiques d'hygiène, notamment dans les marchés publics, par des agents de santé et des forces de l'ordre public. Mais les méthodes employées, à savoir, la force répressive et l'intimidation policière spectaculaire à

discrétion ont laminé l'efficacité de cette politique nationale de salubrité publique dans la mesure où les populations cibles ont vite fait d'associer à ces injonctions administratives à caractère sanitariste et hygiéniste des pouvoirs publics, la volonté irréprouvable du régime politique de soumettre le peuple par ses brimades ou des exactions policières tous azimuts. Wim Van Lerberghe et Vincent de Brouwere <sup>607</sup> avaient déjà souligné à leur manière ce constat généralisé aux pays africains où la transposition de l'institution sanitaire fut très tôt associée dans l'inconscient collectif à l'image même de l'administration du pouvoir d'État, le plus souvent un régime politique totalitaire ou policier. Ils conçoivent, en effet, que dans cette Afrique des indépendances : « (...) *Les activités d'hygiène du milieu des administrations urbaines sont encore plus loin de la vie quotidienne des gens, et tout à fait perçues comme liées au pouvoir militaire et/ou administratif.* ».

[390]

Aussi, cette administration sanitaire et policière des services d'hygiène et de salubrité publique fut-elle vite perçue beaucoup plus comme un instrument d'oppression idéologique au service du pouvoir politique notamment inspiré du marxisme-léninisme pour gouverner le peuple et beaucoup moins comme un moyen d'éradication ou de prévention des maladies infectieuses dans l'espace social. Partant, le régime de la terreur politique ou de l'intimidation policière et hygiéniste a été la première cause identifiable de l'échec de la transposition des principes ou règles sanitaires collectives d'hygiène, de salubrité et de santé publique au Bénin. Néanmoins, avec l'accession du pays au Nouveau démocratique en 1990, la salubrité publique reste encore aujourd'hui une préoccupation sociale majeure notamment des collectivités territoriales qui en reçoivent alors une compétence légale depuis la loi <sup>608</sup> de décentralisation de 1999. En effet, l'article 93 de la

<sup>607</sup> Wim Van LERBERGHE et Vincent de BROUWERE, « État de santé et santé de l'État en Afrique subsaharienne » pp. 175-190, in Marc-Éric GRUÉNAIS et Roland POURTIER, (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, Afrique contemporaine, Numéro spécial, Trimestriel N° 195 Juillet-septembre 2000, op. cit., p. 180.

<sup>608</sup> Les articles 82 et 100 de la loi n° 97-029 du 15 janvier 1999 dans son chapitre III relatif aux compétences de la commune disposent en effet que : - article 82 : « *La commune dispose de compétences qui lui sont propres en tant que*

loi n° 97-029 du 15 janvier 1999 dispose que : « *La commune a la charge : de la fourniture et de la distribution d'eau potable ; de la collecte et du traitement des déchets solides autres que les déchets industriels ; de la collecte et du traitement des déchets liquides ; du réseau public d'évacuation des eaux usées ; du réseau d'évacuation des eaux pluviales ; des ouvrages d'aménagement des bas-fonds et de protection contre les inondations ; de la délimitation des zones interdites à l'urbanisation dans les périmètres réputés dangereux pour des raisons naturelles ou industrielles...* ».

Pourtant, les 77 communes du pays ne parviennent pas toujours à résorber efficacement et de façon proactive les problèmes sanitaires induits par un contexte social et environnemental fait d'insalubrité manifeste. Au rang des difficultés de [391] mise en œuvre d'une politique territoriale cohérente de salubrité publique s'inscrivent les problèmes inhérents à l'occupation anarchique des sols, l'absence de plan d'assainissement des aires urbaines et rurales, l'absence de stratégie de collecte et de traitement des ordures ménagères, l'absence d'un système d'évacuation et de traitement des eaux usées et les différentes causes de dégradations de l'environnement. Dans ce contexte, l'autorité municipale ou communale a donc pour mission non seulement de gérer la salubrité publique mais encore de créer avant tout sur son territoire les conditions favorables à l'émergence d'un environnement salubre. Les aires urbaines et périurbaines à forte densité humaine sont notamment confrontées au risque de pollution et

---

*collectivité territoriale décentralisée. Elle exerce en outre, sous le contrôle de l'autorité de tutelle, d'autres attributions qui relèvent des compétences de l'État. Elle concourt avec l'État et les autres collectivités à l'administration et à l'aménagement du territoire, au développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique ainsi qu'à la protection de l'environnement et à l'amélioration du cadre de vie. ».* – Article 100 : « *La commune a la charge de la réalisation, de l'équipement et des réparations des centres publics de santé et de promotion sociale, des infrastructures publiques culturelles de jeunesse, de sports et de loisirs, au niveau de l'arrondissement du village ou du quartier de ville. Elle assure en outre l'entretien de ces centres et infrastructures. À cet effet, l'État lui transfère les ressources nécessaires. ».* Comme nous pouvons le constater, la mise en œuvre des conditions nécessaires à l'amélioration du cadre de vie et de la salubrité publique relève des compétences territoriales de la commune dont la mise en œuvre est conditionnée par le transfert réaliste ou volontariste des ressources financières de l'État central vers les collectivités locales.

d'accumulation des déchets sauvages faute d'un système performant de collecte, d'évacuation et de traitement des ordures ménagères ainsi que des eaux usées. Le risque sanitaire est identifiable, en l'occurrence, par la multiplication dans ces zones de forte croissance démographique des sites d'éclosion des vecteurs non seulement du paludisme mais aussi de toute autre forme de parasitose et des maladies infectieuses. Philippe Lecorps et Jean-Bernard Paturet <sup>609</sup> considéraient à juste titre que : « *La logique de la santé publique est celle d'une volonté de protection collective fondée sur l'évaluation des besoins, la mise à disposition de techniques, y compris médicales, pour offrir les meilleures chances de survie ou de qualité de vie à l'ensemble de la population. Elle s'exerce dans des champs où les personnes privées n'ont aucune possibilité d'intervention efficace à elles seules, soit parce qu'elles ne maîtrisent pas l'information, soit parce qu'elles n'ont aucun pouvoir individuel sur les mécanismes collectifs de production des risques.* ».

Ainsi, la faible maîtrise de l'urbanisme ou de l'aménagement territorial est la deuxième cause de l'échec relatif de l'administration désormais décentralisée des services de protection sanitaire voire la cause principale des difficultés techniques que rencontre la mise en œuvre efficace des politiques territoriales de salubrité publique dans ce pays.

En outre – troisième cause identifiable –, la faible mobilisation des ressources financières à l'échelle des collectivités locales ne permet pas aux différentes [392] communes de mettre en place un système performant tant de gestion locale des déchets solides et liquides que de conception et de maîtrise des réseaux d'évacuation des eaux pluviales responsables des inondations saisonnières des villes et villages. La survenue des inondations dans ces aires urbaines et rurales où la gestion locale autrement dit le traitement des déchets solides et liquides n'est pas totalement maîtrisé, multiplie de façon exponentielle le risque de contamination infectieuse et de dégradation de la santé des populations sinistrées. Elle affaiblit davantage les collectivités locales qui doivent encore mobiliser plus d'efforts financiers et techniques pour réparer les dégâts en plus d'y apporter une réponse préventive

---

<sup>609</sup> **Philippe LECORPS, Jean-Bernard PATURET**, *Santé publique du biopouvoir à la démocratie*, Editions de l'Ecole Nationale de la Santé publique, op. cit., p. 27.

adéquate. Par ailleurs, certains comportements sociaux d'appropriation de l'espace public, notamment l'accumulation des décharges publiques en dehors des sites autorisés et l'encombrement des caniveaux d'évacuation des eaux usées et pluviales par le déversement opportuniste des ordures ménagères, sont d'autant plus à risque qu'ils aggravent la situation des collectivités locales déjà affaiblies par l'absence d'infrastructures nécessaires pour aménager leur territoire. Dès lors, il apparaît souhaitable que l'action publique de protection sanitaire et de salubrité publique soit avant tout une action incitative et participative de toute la communauté locale. Ainsi, la salubrité publique requiert non seulement le droit constitutionnel <sup>610</sup> de vivre dans un habitat et un environnement salubres mais aussi le devoir proactif d'agir pour maintenir les conditions sociales et environnementales indispensables pour réussir les objectifs des politiques territoriales de santé publique. Pour Philippe Lecorps et Jean-Bernard Paturet : « *La santé publique peut revitaliser un espace démocratique où les sujets s'investissent dans la démarche d'analyse des problèmes et de recherche de solutions. C'est une démarche politique d'humilité, d'ouverture, de questionnement qui peut réintroduire le sujet désirant dans sa responsabilité [393] éthique, dans la construction collective des règles du vivre ensemble, en citoyen responsable.* » <sup>611</sup>.

Les pouvoirs publics locaux trouvent, en conséquence, dans ce besoin collectif de santé, d'éthique sociale et de salubrité publique, le moyen de fédérer les communautés locales autour de leurs programmes d'action communale. Ainsi, certaines communes ont pu mettre en place des associations de citoyens engagés pour des actions proactives de salubrité publique à travers leur territoire. Dans cette optique de responsabilisation sociale de l'acteur individuel dans la gestion de la

<sup>610</sup> L'article 27 de la Constitution du 11 décembre 1990 consacre, en effet, l'existence tant d'un droit que d'un devoir constitutionnel lorsqu'il énonce que : « *Toute personne a droit à un environnement sain, satisfaisant et durable et a le devoir de le défendre. L'État veille à la protection de l'environnement.* ». Cf. Constitution de la république du Bénin du 11 décembre 1990.

<sup>611</sup> **Philippe LECORPS, Jean-Bernard PATURET, Santé publique du biopouvoir à la démocratie**, Editions de l'Ecole Nationale de la Santé publique, op. cit., p. 114.

santé communautaire, Patrick Peretti-Watel <sup>612</sup> faisait cette remarque intéressante : « *Les jugements moraux portés sur les individus par le corps médical se voient ainsi transposés au domaine de la santé publique. Tout comme la survenance d'une maladie « rend suspecte la gestion que l'individu a de son corps », le fait de s'exposer à un risque sanitaire, ou de laisser se dégrader sa condition physique par le choix d'un mode de vie inadapté, trahit une certaine négligence à l'égard de son propre corps. Il ressort des politiques contemporaines de promotion de la santé une représentation dominante : la santé relèverait de l'individu et engagerait sa responsabilité personnelle.* ».

Toutefois, ces politiques municipales ou communales de salubrité publique citoyenne visent surtout à susciter l'attraction touristique de la commune en responsabilisant chaque administré à jouer pleinement son rôle dans la construction d'un espace communal compatible avec la configuration esthétique de sa localité et, par suite, la nécessité de préserver la santé de tous. Ainsi, comme le souligne à bon escient Raymond Massé <sup>613</sup> : « (...) *Dans la mesure où la société se responsabilise pour offrir un environnement physique mais aussi social sain, la santé est devenue éminemment un projet de société, voire un projet politique.* ».

Cette mobilisation communale et politique autour du devoir communautaire de salubrité publique pourrait naturellement intégrer l'esprit philosophique de cet [394] impératif jonassien de responsabilité moderne de l'agir humain : « *Agis de façon que les effets de ton action soient compatibles avec la Permanence d'une vie authentiquement humaine sur terre* » <sup>614</sup>.

En toute hypothèse, les politiques de salubrité publique peuvent jouer un rôle non négligeable dans la prévention et la réduction des maladies infectieuses à haute endémicité tels que le paludisme ; la bil-

<sup>612</sup> Patrick PERETTI-WATEL, « Les comportements à risque », in Isabelle CORPART, (dir.), *Problèmes politiques et sociaux*, dossier n° 914, La Documentation Française, Décembre 2005, op. cit., p. 23.

<sup>613</sup> Raymond MASSÉ, « La santé publique comme projet politique et projet individuel. » pp. 41-64, in Bernard HOURS, (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, op. cit., p. 47.

<sup>614</sup> Hans JONAS, *Le principe responsabilité*, Flammarion. Pour la traduction française : les Editions du Cerf, op. cit., p. 40.

harziose dont le vecteur est le schistosome d'abord parasite de l'escargot hydrique avant d'être parasite de l'homme ; l'ulcère de Buruli répandu dans les zones rurales humides et dont une mycobactérie provoque les grandes lésions cutanées et tissulaires du sujet infecté ; la dracunculose ou ver de Guinée, cette filariose qui a longtemps sévi dans les contrées rurales où stagnent des eaux non potables ; l'onchocercose dont l'agent infectieux présent notamment dans les aires rurales humides est une filaire responsable des lésions dermiques du sujet atteint, également reconnue comme la principale cause de cécité en Afrique tropicale. La maîtrise des politiques de salubrité publique a également une importance dans la capacité de contrôle social de la transmission de certains agents pathogènes ou potentiellement pathogènes, en l'occurrence, les colibacilles qui prolifèrent dans l'eau, le sol, le lait puis dans l'intestin des mammifères et les coliformes présents dans des milieux propices au développement des scatophiles. Tout en admettant qu'il y a bien entendu une différence conceptuelle entre précaution et prévention, Gilles Martin <sup>615</sup> soulignait justement que : « (...) *La prévention consiste à prendre les mesures nécessaires à la non survenance d'un événement prévisible ou, en tout cas, probabilisable.* ». Autrement dit, la prévention est toujours appropriée dans tous les cas où la gestion publique d'un événement sanitaire fait référence à un ensemble de faisceaux d'indices sur l'occurrence des risques connus et identifiés à l'avance tel que, par exemple, le risque de maladies infectieuses à caractère endémique. Cette gestion publique de la prévention peut, par exemple, consister dans l'approvisionnement de la population en eau potable, car, tout comme le reconnaît à juste titre William [395] Dab : « *Un des déterminants de la santé, le plus fort au plan statistique, est le fait de disposer ou non d'eau potable. Pas d'eau potable, pas de santé. Or, fabriquer et distribuer de l'eau potable ne relèvent ni de la responsabilité, ni du savoir-faire des médecins. Sous ces deux aspects, il est évident qu'il y a un besoin de penser et d'agir sur la santé à un niveau qui n'est pas le*

---

<sup>615</sup> Gilles J. MARTIN, « Précaution et évolution du Droit » pp. 331-351, in Olivier GODARD, (dir.), *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, Editions de la Maison des sciences de l'homme (MSH), Paris, op. cit., p. 335.

*niveau individuel. Ce niveau populationnel est celui de la santé publique.* » <sup>616</sup>.

Mais dans un contexte sociopolitique où l'action publique territoriale souffre des mêmes causes d'impéritie que les politiques publiques au niveau de l'État central, nous observons pourtant une faible implication des partenaires de la société civile au développement local. En effet, même si la décentralisation a favorisé l'émergence des techniques de gouvernance territoriale dans les collectivités locales, pour autant, elle n'aboutit pas systématiquement à institutionnaliser la participation ou la collaboration synergique des partenaires privés à la construction de l'édifice communal. À toutes fins utiles, il semblerait même que le manque d'action volontariste des instances décisionnelles de l'État central vis-à-vis des nouvelles autorités locales et qui justifie dans certains cas le transfert parcimonieux des ressources financières aux collectivités locales, se reproduirait également au niveau local entre les pouvoirs publics locaux et les partenaires de la société civile. Ainsi, intervenant dans les aires territoriales des collectivités locales, certaines associations et ONG spécialisées dans les activités de développement durable imputent alors aux autorités municipales ou communales l'absence de cristallisation fonctionnelle et dynamique de leur coopération. Pour Yves Sohoun <sup>617</sup>, acteur de la société civile, le constat est donc le suivant : « *Les opportunités offertes par la décentralisation aux associations et ONG sont encore très limitées. En effet, les communes ne sont pas encore tellement perçues comme des instances avec lesquelles les bailleurs de fonds peuvent directement traiter. En tant qu'observateur et gestionnaire des dossiers relatifs à l'assainissement de la ville de Parakou et d'autres communes des autres départements, j'ai eu plusieurs [396] fois à participer au conseil municipal. Quand on parle de décentralisation, il y a la dimension politique et la dimension développement. Il faut dire qu'au plan développement, il y a encore beaucoup de choses à faire. Le plan développement actuellement élaboré n'est pas du tout respecté.* ».

<sup>616</sup> Réponse de **William DAB** à **Patrick LAGADEC**, in **Xavier GUILHOU** et **Patrick LAGADEC**, *La fin du risque zéro*, op. cit., ibidem

<sup>617</sup> **Yves SOHOUN**, chargé de mission assainissement des communes du Borgou. ONG BETHESDA/DCAM, op. cit., entretien du 04 juillet 2009.

Cependant, malgré ces constats de faible implication des partenaires de la société civile dans l'élaboration et l'exécution des politiques territoriales de l'assainissement des villes et villages du Bénin, les programmes de salubrité publique ont surtout ce potentiel social de fédérer les interventions de toute la communauté locale sur elle-même pour une gestion participative de la santé communautaire. La salubrité publique communale peut alors servir de cadre institutionnel de justification des politiques publiques de prévention des risques infectieux et, par suite, de préservation de la sécurité sanitaire de la population. Mais la sécurité sanitaire des populations rurales comme urbaines dépend aussi de la qualité des médicaments qui circulent dans l'espace public le plus souvent propice, en l'occurrence, aux activités informelles voire formelles de distribution des produits frelatés.

[397]

***B\*) Sécurité, qualité des médicaments et santé publique :  
pour une sociologie de l'accessibilité des médicaments  
au Bénin***

[Retour à la table des matières](#)

Le médicament joue un rôle primordial dans le processus de guérison du malade. Dans son acception juridico-médicale, le terme « médicament » désigne selon l'article L. 5111-1 du code de la santé publique : « (...) *Toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique. Sont notamment considérés comme des médicaments, les produits diététiques qui renferment dans leur composition des substances chimiques ou biologiques ne constituant pas elles-mêmes des aliments, mais dont la présence confère à ces produits, soit des propriétés spéciales recher-*

*chées en thérapeutique diététique, soit des propriétés de repas d'épreuve.* » <sup>618</sup>.

Ainsi le médicament correspond à une composition chimique ou biologique renfermant une molécule ou un principe actif qui lui confère alors sa qualité en termes d'innocuité et d'efficacité thérapeutique tant curative, préventive que diagnostique. La sociologie de l'accessibilité des médicaments au Bénin permet de constater que tous les médicaments mis en circulation dans ce pays en développement ne répondent pas toujours aux standards ou normes universelles de qualité et de composition substantielle, légalement définies dans l'article L. 5111-1 du code de la santé publique. En effet, les difficultés d'accessibilité des populations rurales et périurbaines aux médicaments conformes aux normes pharmaceutiques légales et internationales de qualité scientifique requise pour la distribution et la dispensation de tout médicament disponible dans les officines pharmaceutiques ou dans les établissements de santé s'expliquent de deux [398] manières : d'abord une inaccessibilité des populations au regard de la distance géographique qui les sépare de la première officine pharmaceutique ; ensuite une inaccessibilité pécuniaire d'une majorité d'entre elles, au regard des prix de vente des médicaments jugés trop onéreux dans les officines pharmaceutiques. Cette situation similaire au cas des pays limitrophes du Bénin comme d'ailleurs de la sous région ouest-africaine a pour effet corollaire le développement rapide au Bénin à l'instar de cette sous région du continent africain d'un marché informel et illicite des médicaments de contrefaçon. Ces médicaments falsifiés présentent plusieurs caractéristiques reconnaissables : sans être de véritables génériques, ils sont en réalité la falsification d'un médicament de spécialité, par conséquent, breveté, mais qui ne renferment pas, contrairement à ce dernier, de substance active <sup>619</sup> ou lorsqu'ils en contiennent, celle-ci est, soit en surdosage, soit à très fai-

<sup>618</sup> Cf. Article L. 5111-1 du code de la santé publique français [en ligne], disponible sur Legifrance : <http://www.legifrance.gouv.fr>.

<sup>619</sup> De l'avis des experts de la Fondation Pierre Fabre engagée dans la mobilisation internationale contre les faux médicaments, le sous-dosage du médicament en principe actif notamment dans les antipaludiques provoquerait un autre problème de santé publique à travers le phénomène de plus en plus croissant d'une pharmaco-résistance dans les pays pauvres et pays émergents où se déversent constamment des antipaludiques de mauvaise qualité.

ble dose ou présente des risques avérés de toxicité pour l'organisme. Leur prix souvent abordable et l'absence de pressions officinales voire politiques leur permettent de conquérir un vaste marché parallèle du médicament. Les effets pharmacodynamiques de ces médicaments contrefaits se traduisent notamment par des complications <sup>620</sup> néphrétiques et hépatiques des consommateurs et dans bien des cas par la mort de ceux-ci. Le risque iatrogène est d'autant répandu que la pratique de plus en plus banalisée de l'automédication aggravée par l'absence d'une commission de pharmacovigilance institutionnalisée facilite en l'occurrence, la circulation et l'expansion industrielle des médicaments contrefaits ou des faux médicaments dans l'espace public. L'enjeu sanitaire et sécuritaire autour de la circulation et de la consommation des médicaments au Bénin mobilise, à juste [399] titre, les politiques publiques de prévention des risques iatrogènes <sup>621</sup> et d'intoxication inhérents à l'usage des faux médicaments non seulement à l'échelle nationale mais aussi internationale. Au plan national, la lutte contre les filières de distribution non conventionnelle des médicaments captieux voire dangereux a connu plusieurs campagnes de sensibilisations médiatiques et de répressions policières ou douanières sans pour autant modifier considérablement ni la configuration du risque sanitaire et économique qu'ils représentent ni leur persistance dans l'espace public. En effet, le marché informel des médicaments se perpétue au Bénin malgré la pression douanière et policière qui se ré-

---

<sup>620</sup> Ce constat pharmacologique est également souligné à propos des médicaments néo-traditionnels par **Laurent A. ASSOGBA**, épidémiologiste, médecin de santé publique, actuel Directeur National de la Protection Sanitaire (DNPS), op. cit., cf. l'entretien du 29 juillet 2010. Il parle notamment de nombreux cas d'insuffisances rénales dus à ces néo-médicaments circulant au Bénin. Cf. également **Farid BABAMOUSA**, Directeur Général du Laboratoire National de Contrôle de Qualité des médicaments et consommables médicaux (LNCQ), à Cotonou, entretien du 16 juin 2011.

<sup>621</sup> Pour **Xavier LECOUTOUR** : « *Indissociable de l'acte de soigner, le risque iatrogène est la probabilité de survenue d'un événement indésirable, d'origine médicale ou médicamenteuse, entraînant une altération de la santé. Le risque iatrogène est une question primordiale pour le système de santé, en raison de ses conséquences sanitaires, mais aussi économiques, juridiques, voire médiatiques.* ». Cf. **Xavier LECOUTOUR**, « Risque iatrogène » pp. 416-418, in *Dictionnaire des risques*, 2<sup>e</sup> Edition sous la direction d'**Yves DUPONT**, Paris, Editions Armand Colin, 2007, op. cit., p. 416.

sume généralement par la saisie et l'incinération ponctuelles <sup>622</sup> de ces faux médicaments. Mais cette action publique douanière et policière de sécurité sanitaire ne semble guère suffire pour dissuader les filières <sup>623</sup> organisées ou non du médicament [400] contrefait. Cette situa-

<sup>622</sup> Selon le rapport national du Conseil d'Analyse Economique sur le marché informel des médicaments : « *La politique publique de répression des offreurs parallèles débute le 18 août 1999, avec une opération de destruction d'un lot de médicaments (...) saisi au marché international Dantokpa de Cotonou. Initiée par la Direction des Pharmacies et des Explorations Diagnostiques (DPED), avec l'appui des forces de l'ordre, l'opération dont le nom de code est Epervier fait l'objet d'une forte médiatisation qui vise deux objectifs. Le premier consiste à sensibiliser davantage les ménages sur les risques associés à la consommation des médicaments parallèles en vue de réduire la demande parallèle. Le deuxième consiste à lancer un signal fort et crédible aux offreurs parallèles réels et/ou potentiels sur la détermination de l'État à réprimer cette activité irrégulière (...). Mais, par la suite, l'ardeur de l'autorité de réglementation en matière de répression s'émousse. La répression publique prend fin et on observe sur le marché un accroissement de l'offre parallèle.* ». Cf. Conseil d'Analyse Economique (CAE), « Marché parallèle des médicaments au Bénin », un rapport de **Gilles Armand SOSSOU, Homégnon NOUKPO, Ichaou MOUNIROU**, réalisé à l'Imprimerie Tropicale, Cotonou 2010, pp. 84-85 hors pages préliminaires.

<sup>623</sup> **Jeanne MARITOUX** et alii expliquent pour leur part ce phénomène grandissant du trafic illicite des faux médicaments en ces termes : « *Les difficultés d'accès aux médicaments, principalement financières, sont exploitées dans tous ces pays par de multiples trafiquants, profitant du laxisme des autorités, de la perméabilité des frontières et de diverses complicités. Ce marché s'étale au grand jour en milieu urbain comme dans les zones rurales. Son extension a été accélérée par la diminution générale du pouvoir d'achat, notamment dans les pays de la zone franc après la dévaluation de 1994. Le marché s'est structuré avec des « grossistes » et leurs détaillants, mais son ampleur reste mal connue. Au Bénin par exemple, où des médicaments importés en fraude sont venus compenser dès les années soixante-et-dix les pénuries des structures d'État qui détenaient alors le monopole, le marché illicite représenterait aujourd'hui 40% du marché pharmaceutique total, selon la direction de la Pharmacie. Plus de la moitié de son approvisionnement provient du marché intérieur : achats locaux illicites, détournements dans les établissements publics et privés, ainsi que des médicaments récupérés en France dans le cadre de l'aide humanitaire. Les importations proviennent en majorité du Nigéria voisin qui apparaît comme la plaque tournante du commerce illicite international ; il en vient aussi du Gabon, de Côte d'Ivoire et du Togo.* ». Cf. **Jeanne MARITOUX** et alii, « Le secteur pharmaceutique dans les États africains francophones », in **Marc-Eric GRUÉNAIS** et **Roland POURTIER**, (dir.),

tion peut s'expliquer sociologiquement par l'intérêt stratégique des différents acteurs, qu'ils agissent isolément ou plutôt en interactions systémiques dans cet espace public dont la régulation est tant soit peu assurée par les services spécialisés de l'administration étatique. Le Conseil d'Analyse Economique (CAE), dans son rapport national sur les circuits parallèles de distribution des médicaments au Bénin mettait déjà en exergue l'existence de système d'acteurs organisés et corrélés. Selon ce rapport d'analyse économique du système sanitaire et pharmaceutique béninois : « *L'observation du phénomène montre que les acteurs interagissent de façon répétée dans le temps et dans l'espace, en ce sens que le marché parallèle des médicaments dans les pays de l'Afrique de l'Ouest en général et, au Bénin en particulier, présente les caractéristiques d'un système structuré et autoreproducteur répondant à des normes et des règles particulières. En effet, les modèles de demande induite montrent qu'en fonction du mécanisme de financement de la santé en vigueur dans un pays, l'offre peut conduire soit à une surconsommation, soit à une pénurie des services et soins médicaux de façon générale, et des produits pharmaceutiques, en particulier.* » <sup>624</sup>.

D'abord, le système sanitaire et pharmaceutique en vigueur au Bénin présente des difficultés organisationnelles dans la mesure où sa couverture territoriale est faiblement généralisée à l'ensemble de la population. L'organisation pyramidale du système des soins de santé calquée sur la décentralisation territoriale n'a guère résolu profondément les problèmes d'accessibilité des établissements de soins et des officines pharmaceutiques aux populations des zones rurales et périurbaines. Cette carence structurelle qui libère, par voie de conséquence, des espaces censés sous contrôle de l'autorité administrative du pouvoir étatique chargée des affaires sanitaires, alimente les stratégies de prise de contrôle des différents acteurs des filières de la contrebande des médicaments frelatés. Autant dire, cette carence [401] structurelle crée des opportunités d'action de contrefaçon ou de

---

*La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, Afrique contemporaine, Numéro spécial, Trimestriel N° 195 Juillet-septembre 2000, La documentation Française, op. cit., p. 223.

<sup>624</sup> Conseil d'Analyse Economique (CAE), « Marché parallèle des médicaments au Bénin », un rapport de **Gilles Armand SOSSOU** et alii, op. cit., p. 53 hors pages préliminaires.

vente illicite qui catalysent l'entrée en scène de l'acteur stratégique au sens où l'entend Claude Giraud qui ne conçoit pas la rationalité de l'acteur stratégique comme un pseudo-prolongement de celle de l'Homo œconomicus. Pour lui, en effet : « *Ce qui est commun aux deux acteurs, l'opportunité et l'utilitarisme, est également ce qui les différencie. L'Homo œconomicus agit ses préférences en réaction à des stimuli alors que l'acteur stratégique découvre ses enjeux en fonction des opportunités. La liberté de l'acteur est un élément de la dynamique des relations sociales (et donc des comportements) dans le cas de l'acteur stratégique alors que la liberté n'est qu'une réponse possible, indépendamment des situations, dans le cas de l'Homo œconomicus.* » <sup>625</sup>.

Ensuite, le contexte social de pauvreté qui prévaut dans ce pays détermine l'émergence d'un marché où la pénurie des médicaments et consommables médicaux crée chez l'individu dans le besoin ou la recherche de nouvelles thérapeutiques accessibles à moindres frais, une certaine perte de contrôle de l'enjeu sécuritaire de sa demande de médicaments auprès des circuits non conventionnels et une baisse du niveau d'exigence de l'utilité thérapeutique a priori souhaitable de ces médicaments. Ainsi, le consommateur des médicaments frelatés ou illicites se préoccupe peu de l'existence ou non d'informations pertinentes sur l'origine, la composition et la qualité des médicaments distribués sur les étalages informels souvent alimentés par des réseaux de contrefacteurs. Dans son rapport de 2010, le Conseil d'Analyse Economique (CAE) précisait notamment que : « *Le faible taux de mutualisation des risques de maladie laisse aux ménages la latitude d'exercer leur rationalité et donc de contrôler leur consommation médicale. Les facteurs structurels, contextuels et situationnels de la demande de santé dans le pays sont favorables à un arbitrage des ménages entre les différents recours thérapeutiques qui s'offrent à eux sur le marché. Sous l'hypothèse d'une appréciation profane des caractéristiques intrinsèques des [402] médicaments, les consommateurs optent pour des achats auprès de l'offreur de leur préférence.* » <sup>626</sup>.

<sup>625</sup> **Claude GIRAUD**, *Concepts d'une sociologie de l'action. Introduction raisonnée*, Paris, Editions L'Harmattan, op. cit., pp. 13-14.

<sup>626</sup> Conseil d'Analyse Economique (CAE), « *Marché parallèle des médicaments au Bénin* », un rapport de **Gilles Armand SOSSOU** et alii, ibidem.

Cependant cette préférence du consommateur des médicaments est orientée non pas en fonction de la qualité ou de l'efficacité thérapeutique de ces derniers mais plutôt en fonction de son pouvoir d'achat, autrement dit, avec la rationalité de l'Homo œconomicus, consistant, en l'occurrence, à maximiser son utilité économique en achetant à moindre coût, peu important la qualité substantielle du produit médicamenteux acheté. Dans ce contexte, si la qualité du produit est un critère d'appréciation subjective plutôt hypostasié de l'Homo œconomicus à partir de son propre système de valeurs, elle ne l'est qu'au titre de la « qualité perçue » et non de la « qualité réelle » du médicament pour reprendre ici la définition tant subjective qu'objective de la qualité, laquelle serait selon Hervé Leteurtre et alii : « (...) *L'ensemble des caractéristiques qui confèrent au produit ou au service l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites [approche objective] et qui satisfont affectivement le consommateur [approche subjective]* » <sup>627</sup>.

En outre, ce système réticulaire de distribution des faux médicaments contrôle plusieurs espaces territoriaux aux pressions législatives et douanières variables à l'intérieur d'un ensemble territorial régional et économique : l'UEMOA qui regroupe le Bénin, le Burkina-Faso, la Côte-d'Ivoire, la Guinée Bissau, le Mali, le Niger, le Sénégal et le Togo. Ce vaste ensemble économique et monétaire applique aux ressortissants des huit États membres le principe de la libre circulation des marchandises de sorte que la prise de contrôle par les réseaux de contrefacteurs de l'espace territorial d'un des États membres suppose corrélativement une prise de contrôle de tout l'espace territorial de l'UEMOA. Partant, les réseaux de distribution de faux médicaments et des thérapeutiques dangereuses disposent à partir d'un seul État d'une envergure territoriale qui configure en même temps leur influence à la fois économique et politique. En effet, ce pouvoir d'influence économique est souvent mis à contribution pour contourner les protocoles étatiques d'homologation des médicaments importés, un contournement collusoire des [403] principes protocolaires d'autant facilité par la perméabilité <sup>628</sup> des frontières terrestres et ma-

<sup>627</sup> Hervé LETEURTRE, Irène PATRELLE et alii, *La qualité hospitalière*, 2<sup>e</sup> édition, Paris, Berger-Levrault, op. cit., p. 13.

<sup>628</sup> Cf. Yolande BIGOT, docteur médecin-vétérinaire, chef-service contrôle des denrées animales et aliments de bétail – entretien du 24 mars 2011, op. cit.

ritimes de l'État et par la permissivité <sup>629</sup> de sa législation en matière du contrôle de la qualité des médicaments distribués à l'intérieur du pays. Le phénomène social de la vente illicite des médicaments alimente de plus en plus la littérature des sciences sociales comme en témoigne l'analyse sociologique de Didier Fassin selon lequel : « (...) *Dans tous les pays du tiers monde, on trouve des produits pharmaceutiques que des marchands ambulants écoulent sur les marchés et aux coins des rues. Ce commerce, qui est interdit par la loi, n'en est pas moins officieusement toléré, et bien qu'il n'y ait évidemment aucune statistique produite sur l'activité de ce secteur, des estimations de chiffres d'affaires montrent qu'il s'agit de sommes considérables, dépassant même fréquemment les budgets publics consacrés à l'achat de médicaments.* » <sup>630</sup>.

L'implantation de la quasi-totalité des grandes firmes pharmaceutiques dans les pays du Nord conduit les pays du Sud notamment ceux de l'Afrique noire à importer entièrement leurs médicaments et consommables médicaux. German Velasquez remarquait déjà en 1986 que : « *La dépendance des pays du Tiers-Monde en matière d'approvisionnement en médicaments est due principalement au fait que la production mondiale est concentrée presque en totalité dans les pays développés. D'après l'ONUDI, la production mondiale de médicaments se fait à 90% dans les pays industrialisés.* » <sup>631</sup>.

Pour résorber les difficultés d'accessibilité des populations des pays en développement aux médicaments produits dans les puissantes industries pharmaceutiques multinationales des pays développés, les

<sup>629</sup> Le rapport national du Conseil d'Analyse Economique sur le marché informel des médicaments circulant dans l'espace public béninois souligne l'existence de contrôle règlementaire ex post pour l'homologation et la commercialisation des médicaments mis sur le marché pharmaceutique béninois tout en reconnaissant que dans la pratique, ces contrôles ex post souffrent de carence institutionnelle ou sont carrément inexistantes. Voir, Conseil d'Analyse Economique (CAE), « Marché parallèle des médicaments au Bénin », un rapport de **Gilles Armand SOSSOU** et alii, op. cit.

<sup>630</sup> **Didier FASSIN**, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, PUF, op. cit., p. 165.

<sup>631</sup> **German VELASQUEZ**, « Pour une nouvelle politique pharmaceutique dans les pays du Tiers-Monde ». In : *Tiers-Monde*, 1986, tome 27 n°105, pp. 109-127, [en ligne], article disponible sur Persée <http://www.persee.fr> [consulté le 03 Mai 2010], p. 116.

pays pauvres ont eu recours avec le soutien de l'OMS, à la politique des médicaments essentiels qui [404] consistent à l'élaboration nationale d'une liste de médicaments utiles, disponibles sous forme de génériques et à un coût modéré. C'est que, la question du médicament, entre industries pharmaceutiques de l'hémisphère Nord et pays pauvres voire politiquement instables de l'hémisphère Sud, a toujours posé le problème récurrent de la protection des droits de propriété intellectuelle et, par suite, de la rentabilité économique des industries pharmaceutiques généralement monopolistiques sur le marché mondial du médicament. Ainsi, tout comme le fait remarquer Pascale Brudon : « *Répandu partout dans le monde, le plus souvent sous forme de générique, le médicament essentiel a reçu l'aval des plus hautes autorités scientifiques et de l'Assemblée mondiale de la santé. Pourtant, pour une partie de l'humanité, la situation est loin de s'améliorer. Pis, de nouveaux nuages qui ont notamment pour nom « accord TRIPS » s'amoncellent à l'horizon et font craindre, au-delà des déclarations de bonnes intentions, une nouvelle dégradation de l'accès aux médicaments les plus indispensables.* » <sup>632</sup>.

L'approvisionnement et l'assurance-qualité des produits pharmaceutiques importés sont alors dévolus à des organismes spécialisés en la matière. Ainsi, la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux (CAME) <sup>633</sup> est le seul circuit formel ou

<sup>632</sup> **Pascale BRUDON**, « Médicaments essentiels : le mythe de Sisyphe » pp. 37-52, in **Jean-Daniel RAINHORN**, et **Mary-Josée BURNIER**, (dir.), *La santé au risque du marché. Incertitudes à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle*, Paris, PUF, op. cit., p. 38. Selon **Pascale BRUDON**, l'accord TRIPS sur la propriété intellectuelle relative aux médicaments relève d'un document annexé à une convention-cadre de l'Organisation mondiale du Commerce (OMC) et qui fonde la protection par brevet de toute invention en matière de produit pharmaceutique.

<sup>633</sup> La CAME est une structure associative chargée de mettre en œuvre la politique pharmaceutique définie par le gouvernement béninois. Ainsi, comme le précise le rapport du Conseil d'Analyse Economique (CAE) : « *La mission principale de la CAME se décline en trois objectifs : d'une part, importer les Médicaments Essentiels sous le nom de Générique (MEG) et les consommables médicaux ; d'autre part, céder les MEG importés aux formations sanitaires à un « prix social » mais suffisant pour assurer les investissements nécessaires à un fonctionnement régulier des organes et faire face aux renchérissements des prix sur le marché international et, enfin, assister le Ministère de la Santé Publique dans la gestion des dons de produits pharmaceutiques en matière de stockage et de distribution. Par ailleurs, la CAME contribue au*

conventionnel de l'approvisionnement ou [405] de l'importation des médicaments essentiels et consommables médicaux au Bénin. Ses modalités de fonctionnement appellent pourtant des observations sur sa réelle capacité institutionnelle à pourvoir à toutes les demandes de la population en médicaments et consommables médicaux. C'est notamment le constat mis en évidence par le rapport du Conseil d'Analyse Economique (CAE) qui soulignait que : « (...) *La part des importations de la CAME dans les importations nationales reste faible, en dépit du rôle central qui lui est attribué dans la politique publique d'importation et de distribution des médicaments. Ainsi, le secteur privé demeure le principal importateur et distributeur de médicaments dans le pays, nonobstant les contraintes institutionnelles qui brident son développement. Au regard de la mission de la CAME, cette situation amène logiquement à s'interroger sur l'efficacité de la politique pharmaceutique publique du Bénin, notamment en ce qui concerne la couverture territoriale du pays. L'équité d'accès aux médicaments demeure de ce point de vue une conquête à réaliser. En effet, étant donné que la CAME se fonde sur le réseau des centres de santé publics pour la réalisation de sa mission, il va sans dire que les localités du pays qui ne sont pas dotées d'infrastructures sanitaires sont systématiquement exclues de son champ de couverture. La décentralisation sanitaire en cours au Bénin aboutit donc à un résultat bien*

---

*contrôle des prix des médicaments grâce à un système de commande sous Dénomination Commune Internationale (DCI) par appel d'offre international qui permet de mettre les différents fournisseurs (internationaux et nationaux) en concurrence. L'achat de médicaments auprès de la CAME par les formations sanitaires n'est pas libre. Seules les formations sanitaires qui répondent aux différents critères d'accessibilité définis et exigés par la réglementation pharmaceutique, sont habilitées à s'approvisionner auprès de la Centrale d'achat publique. ».* Cf. Conseil d'Analyse Economique (CAE), « Marché parallèle des médicaments au Bénin », un rapport de **Gilles Armand SOSSOU** et alii, op. cit., p. 17 hors pages préliminaires. Cf. également **Marcus C. F. VIAKIN KINTOSSOU**, docteur d'État en pharmacie, responsable de la CAME – Agence de Parakou, département du Borgou – Entretien du 10 juin 2011.

*connu dans la littérature sur la question : les inégalités territoriales d'accès aux médicaments. »* <sup>634</sup>.

Dans ce contexte institutionnel de couverture sanitaire et pharmaceutique incomplète, des réseaux d'approvisionnement hors circuit conventionnel en médicaments essentiels ne tardent pas alors à se constituer et parmi eux des filières de contrefaçon. Tout en relativisant l'ampleur du phénomène, Alice Desclaux remarque, à juste titre, à propos des circuits de diffusion et de dispensation des antirétroviraux que : « (...) *Dans les pays d'Afrique de l'Ouest où le marché informel du médicament est développé, on pouvait s'attendre à voir apparaître un commerce d'antirétroviraux, qui a été attesté au Sénégal. Le volume des échanges est cependant limité ; une première analyse laisse penser que le volume des [406] produits en circulation est réduit dans le secteur informel lorsque l'insertion du médicament dans la prise en charge médicale, la gestion et l'accessibilité du traitement sont assurés dans le secteur formel (Egrot et al. 2002). Ainsi les programmes d'accès aux antirétroviraux ont ouvert une voie majeure d'approvisionnement mais n'ont pas fait disparaître les autres circuits de diffusion ; les médicaments suivent des trajets complexes, passant d'un secteur à l'autre, qui justifient le terme de « circulation » et motivent de multiples interactions sociales aux enjeux divers. »* <sup>635</sup>.

La réaction des pouvoirs publics face à l'accroissement du risque de circulation des faux médicaments ou des médicaments dangereux a consisté dans l'institution et le renforcement logistique du laboratoire national de contrôle de qualité des produits pharmaceutiques (LNCQ) <sup>636</sup>. Cette structure technique est placée sous la tutelle de la

<sup>634</sup> Conseil d'Analyse Economique (CAE), « Marché parallèle des médicaments au Bénin », un rapport de **Gilles Armand SOSSOU** et alii, op. cit., p. 19 hors pages préliminaires.

<sup>635</sup> **Alice DESCLAUX**, *Les antirétroviraux en Afrique. De la culture dans une économie mondialisée*. In revue *Anthropologie et sociétés*, vol. 27, n° 2, 2003, pp. 41-58. Québec : Département d'anthropologie, Université Laval, [en ligne] disponible in « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », op. cit., p. 21.

<sup>636</sup> Le LNCQ bénéficie du soutien des Fondations Chirac et surtout Pierre Fabre. Son fonctionnement consiste en amont dans le contrôle de conformité des médicaments autorisés à l'importation puis à l'exportation et en aval dans le prélèvement inopiné des médicaments circulant tant dans le circuit conventionnel que le circuit informel pour s'assurer que ces médicaments sont conformes

Direction des Pharmacies et du Médicament qui conçoit et planifie les politiques sanitaires nationales en matière de médicament, de pharmacie et de pharmacopée traditionnelle. Elle assure également une veille sanitaire par rapport à la liste officielle des médicaments ayant formellement reçu auprès de la Commission technique des médicaments, une autorisation de mise en circulation sur le marché pharmaceutique béninois.

Néanmoins, c'est au plan international que les organes de contrôle de la qualité des produits pharmaceutiques et de lutte contre la vente illicite des médicaments à usage humain tendent à se faire de mieux en mieux réactifs et dissuasifs. De prime abord, la lutte contre la vente illicite des médicaments dangereux est devenue un enjeu sanitaire international des mobilisations sociales pour l'accessibilité des [407] populations des pays pauvres à des médicaments de qualité. Cette cause sociale et sanitaire est de plus en plus défendue par des représentants de la société civile dont le champ d'action politique et d'intervention sociale à envergure internationale permet d'esquisser en partenariat avec les États mobilisés des plans nationaux de défense des intérêts sanitaires collectifs. Ainsi par exemples des projets de sensibilisation de la Fondation Pierre Fabre qui a démarré ses actions au Bénin en 2002 et de la Fondation Chirac <sup>637</sup> qui a initié l'appel in-

---

aux normes de qualité requises pour avoir l'autorisation de mise sur le marché. Le LNCQ appuie également les opérations de contrôle de la douane béninoise afin de lutter contre le marché illicite des médicaments en provenance des pays voisins. Dans ce sens son renforcement institutionnel et logistique reste à promouvoir dans la mesure où le laboratoire vise un objectif à terme de pré-qualification de l'OMS. Cf. entretien du 16 juin 2011 avec **Farid BABAMOUSSA**, Directeur Général du Laboratoire National de Contrôle de Qualité des médicaments et consommables médicaux, op. cit.

<sup>637</sup> L'ancien président de la république française **Jacques CHIRAC** déclarait justement à l'occasion du lancement des activités de l'Appel international de Cotonou que : « *L'économie criminelle des faux médicaments me révolte. Parce qu'elle s'attaque aux pays les plus pauvres, et, en leur sein, à des familles sans protection sociale et sans moyens ; parce qu'elle concerne les médicaments les plus indispensables à la santé individuelle et collective : ceux qui soignent le paludisme, la tuberculose, le SIDA ; parce qu'elle s'insinue partout, sur les marchés des rues, comme sur Internet, et qu'elle grossit au point que ses revenus dépassent ceux du trafic de la drogue ; parce que les faux médicaments ne se contentent pas de tromper l'espérance des patients et qu'ils sont souvent des poisons qui tuent ou handicapent.* ». Cf. **Jacques CHIRAC**,

ternational de Cotonou en 2009 à l'encontre des réseaux illicites de faux médicaments. Cette mobilisation internationale vise la recherche concertée de solutions politiques et juridiques à l'échelle globale pour enrayer ce problème de santé publique d'envergure globale. Partant la coopération sectorielle des deux Fondations avec le Ministère de la santé publique et le Laboratoire national de contrôle de la qualité des médicaments (LNCQ) vise à terme la construction dans la sous-région ouest-africaine d'un cadre sous-régional de référence technique reconnu et admis à la pré-qualification par l'OMS en matière de contrôle de la qualité des médicaments. Par ailleurs, dans cette même dynamique internationale face à l'enjeu sanitaire du médicament, le Conseil de l'Europe a adopté le 08 décembre 2010 sous l'impulsion de la Fondation Chirac, la Convention MÉDICRIME qui marque ainsi une première étape fondamentale dans la perspective d'une pénalisation internationale du commerce global des faux médicaments. Cette convention criminalise, en effet, tout procédé de contrefaçon des médicaments, des consommables médicaux et tout produit de santé publique, susceptibles de compromettre gravement la santé individuelle et collective. De même, les actions politiques et sanitaires de la Francophonie s'inscrivent également dans cette dynamique internationale sous la forme de résolution recommandant aux États membres de l'Organisation, le [408] renforcement de leur coopération en matière de lutte contre les faux médicaments et contre la falsification des produits médicaux.

Ensuite, ce phénomène croissant de santé publique relatif à la circulation des faux médicaments à usage humain en Afrique de l'Ouest est également une préoccupation communautaire dans l'espace économique de l'UEMOA qui a adopté en 2005 son Règlement <sup>638</sup> en vue

---

Appel international de Cotonou, 12 octobre 2009, in Fondation Chirac, « Accès à des médicaments et une santé de qualité. Mobilisation contre les faux médicaments », p. 2.

<sup>638</sup> L'article 2 du Règlement communautaire N° 02/2005/CM/UEMOA dispose notamment que : « *L'harmonisation de la réglementation pharmaceutique, au sens du présent Règlement, s'entend de l'adoption de mesures en vue de disposer de procédures communautaires dans le domaine pharmaceutique en général et du médicament en particulier. L'harmonisation de la réglementation pharmaceutique est un processus dynamique que les Etats membres de l'Union entendent utiliser pour améliorer l'accessibilité, la disponibilité et la libre circulation des médicaments de qualité dans l'espace communautaire.* ».

d'instituer une certaine harmonisation communautaire de la réglementation pharmaceutique dans les États membres. Dans le prolongement de cette harmonisation communautaire, l'Union économique et monétaire ouest africaine n'a pas tardé en 2006 à mettre en place un système d'harmonisation <sup>639</sup> des procédures d'autorisation de mise sur le marché des médicaments vétérinaires afin de faciliter, non seulement, leur libre circulation mais, dans le but aussi de garantir leur assurance-qualité.

Somme toute, la question du médicament et la mobilisation régionale puis internationale qui entoure désormais les politiques publiques de son accessibilité et de sa qualité partout dans le monde entier, replace finalement la santé au cœur des préoccupations sociales, économiques et politiques à l'échelle globale. En effet, [409] l'enjeu sanitaire et économique de la menace croissante des faux médicaments est un problème social de plus en plus global puisqu'il n'épargne aucun continent. C'est donc, dans ce contexte de globalisation des risques

---

Cf. UEMOA, Conseil des ministres, Règlement N° 2/2005/CM/UEMOA, relatif à l'harmonisation de la réglementation pharmaceutique dans les États membres de l'UEMOA, adopté et entré en vigueur le 04 juillet 2005 à Dakar.

<sup>639</sup> Conformément à l'article 5 al 1 du Règlement N° 2/2006/CM/UEMOA : « *Le responsable de la mise sur le marché d'un médicament vétérinaire doit demander qu'une autorisation de mise sur le marché du médicament vétérinaire lui soit délivrée par la Commission de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine conformément aux dispositions du présent Règlement.* ». Cf. UEMOA, Conseil des Ministres, Règlement N° 2/2006/CM/UEMOA, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation de mise sur le marché et la surveillance des médicaments vétérinaires et instituant un comité régional du médicament vétérinaire, adopté et entré en vigueur le 23 mars 2006 à Abidjan. La Directive N° 07/2006/CM/UEMOA d'application de ce Règlement précise dans son article 3 al 1 que : « *Les États membres prennent toutes les dispositions juridiques et administratives nécessaires pour que, exceptions faites des aliments médicamenteux, aucun médicament vétérinaire ne puissent être mis sur le marché du territoire de l'Union, délivré au public ou administré à l'animal s'il n'a reçu au préalable une autorisation de mise sur le marché délivrée par la Commission de l'UEMOA dans les conditions mentionnées au Règlement N° 2/2006/CM/UEMOA du 23 mars 2006 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation de mise sur le marché et la surveillance des médicaments vétérinaires et instituant un Comité régional du médicament vétérinaire.* ». Cf. UEMOA, Conseil des Ministres, Directive N° 07/2006/CM/UEMOA relative à la pharmacie vétérinaire, édictée et entrée en vigueur le 23 mars 2006.

sanitaires et économiques inhérents à l'accroissement des faux médicaments dans l'espace public que se cristallise alors peu à peu la mobilisation régionale et internationale dans la perspective d'une globalisation corrélative des solutions politiques et juridiques à ce problème contemporain de santé publique. Cette globalisation grandissante des réponses apportées aux problèmes de santé publique comme, en témoigne le phénomène global des faux médicaments, suppose qu'en matière de sécurité sanitaire, l'action de l'État, pour être efficiente et efficace, va davantage s'inscrire dans une démarche de coopération dynamique et d'interdépendance avec les autres États et instances de gouvernance internationale. Cette mobilisation globale contre les faux médicaments peut se révéler particulièrement protectrice pour les populations à faible niveau d'instruction des pays pauvres où le système de protection sociale est, soit inexistant soit très peu développé.

[410]

## Titre 2

### L'alphabétisation et la prévoyance, deux projets embryonnaires de prévention en matière de santé publique au niveau local

[Retour à la table des matières](#)

La prévention est un outil technique et didactique de diffusion des programmes de santé publique lorsqu'elle met l'accent notamment sur la sensibilisation des populations à suivre ses prescriptions et proscriptions pour être et vivre en bon état de santé. C'est dans ce contexte que la santé publique est en réalité une culture universelle dont la promotion est assurée partout au moyen de politiques de prévention plus ou moins exacerbée. Mais la sensibilisation des populations aux préceptes de santé publique ne peut opérer efficacement si elle n'intègre pas la faculté cognitive et linguistique des populations cibles. Aussi, l'alphabétisation intervient-elle au Bénin pour combattre l'illettrisme et l'analphabétisme auxquels est confrontée une bonne partie de la population. Ces deux phénomènes concernent surtout les femmes dont le rôle est pourtant crucial pour promouvoir la santé de la mère et de l'enfant. C'est dans cette perspective que se développent

des programmes de santé publique à travers des projets d'alphabétisation progressive des populations les plus vulnérables. De même, la diffusion des programmes de santé publique voit aussi apparaître au Bénin la mise en place progressive d'un système de prévoyance ou d'assurance-maladie. En toute hypothèse, ces deux projets de prévention et de prévoyance tendent à se développer davantage à la base afin de mieux opérationnaliser les programmes de santé publique qui les portent.

[411]

### A\*) *L'alphabétisation et la prévention*

[Retour à la table des matières](#)

La santé publique prône la diffusion dans l'espace social, des normes du bien-être sanitaire sous forme de prescriptions voire de proscriptions des conduites individuelles et collectives pour organiser le modèle social de prévention des maladies et de réduction des facteurs sociaux de la morbidité. « *En tant que forme symbolique de l'ordre social, reconnaît alors Raymond Massé* <sup>640</sup>, *la santé publique est culture aussi.* ». Ainsi, la prévention est également une culture de gestion publique de la sécurité sanitaire et, par suite, du contrôle social des risques sanitaires collectifs. En tant que fait culturel, le modèle social de prévention des risques sanitaires renvoie donc à un ensemble de connaissances élémentaires et accessibles, en théorie seulement, à toute la population. De fait, les modes de diffusion de cette culture de prévention et de santé publique qui privilégient, entre autres, le support écrit et quelques langues – véhiculaires ou vernaculaires – ne garantissent pas toujours son accessibilité à toutes les couches sociales notamment celles parmi elles qui sont concernées par des difficultés sociales liées aux phénomènes <sup>641</sup>, soit de l'analphabétisme soit de

<sup>640</sup> **Raymond MASSÉ**, « La santé publique comme projet politique et projet individuel. » pp. 41-64, in **Bernard HOURS**, (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, op. cit., p. 58.

<sup>641</sup> L'analphabétisme et l'illettrisme sont deux phénomènes sociaux qui caractérisent la situation linguistique et le degré d'intégration sociale de la majorité de la population béninoise et parmi elle, la grande majorité des femmes. L'analphabétisme correspond à la situation linguistique de l'individu qui ne

l'illettrisme. Dans ces deux cas, l'alphabétisation <sup>642</sup> qui concernait seulement 35,4 % de la population béninoise en [412] 2005, peut véritablement constituer une modalité de l'action publique indispensable pour rendre efficaces les politiques publiques élaborées en matière de prévention et de réduction des risques sanitaires collectifs. En effet, l'analyse sociologique de bon nombre de comportements individuels et collectifs montre qu'il existe bien un rapport de corrélation causale entre l'analphabétisme, l'illettrisme et la progression de certains problèmes sociaux et de santé publique au Bénin comme dans la plupart des pays en voie de développement. L'analphabétisme et l'illettrisme sont, en conséquence, des générateurs d'*habitus* sanitaires, lesquels caractérisent tant les comportements des catégories sociales défavorisées au plan de la gestion individuelle et quotidienne de leur santé qui se traduit constamment par une exposition inconsciente aux risques sanitaires. Pierre Bourdieu entend ainsi par *habitus* le fait qu'au bout d'un processus long et itératif : « *Les conditionnements associés à une classe particulière de conditions d'existence produisent des habitus,*

---

sait ni lire ni écrire une langue à défaut d'un apprentissage corrélatif alors que l'illettrisme est la situation de l'individu qui, bien qu'ayant appris autrefois à lire et écrire, a oublié tous ses acquis fondamentaux en la matière.

<sup>642</sup> Reprenant une source du Rapport National sur le Développement Humain (RNDH), le rapport sur le développement humain au Bénin en date de 2005 estime que seuls 43,4% des hommes et 26,4% des femmes sont alphabétisés au Bénin pour un taux de 35,4% sur l'ensemble de la population béninoise. Cf. **République du Bénin** et **PNUD**, Rapport sur le Développement Humain au Bénin, VIH/SIDA et Développement Humain, op. cit., p. 194. Sur l'idée d'un possible leurre sanitaire en fin de compte dans les pays d'Afrique au Sud du Sahara, **Marc-Eric GRUÉNAIS** et **Roland POURTIER** font justement remarquer pour leur part que : « (...) *C'est en Afrique subsaharienne que les taux d'alphabétisation des adultes sont, et de loin, les plus bas au monde : ils se situent entre 20% et 50% dans une quinzaine de pays. Quant à la scolarisation, elle ne touche que 56% des classes d'âge concernées dans le primaire et 41% dans le secondaire, pour une moyenne mondiale de 88% et 65% selon les dernières données du PNUD. La corrélation est apparemment nette entre éducation, santé, et morbidité. Un des principaux risques auxquels les populations sont exposées, en tout premier lieu les enfants, réside dans le contact avec l'eau.* ». Cf. **Marc-Eric GRUÉNAIS** et **Roland POURTIER**, « La « santé pour tous » en Afrique : un leurre ? » pp. 3-12, in **Marc-Eric GRUÉNAIS** et **Roland POURTIER**, (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, Afrique contemporaine, Numéro spécial, Trimestriel N° 195 Juillet-septembre 2000, La documentation Française, op. cit., p. 5.

*« systèmes de dispositions durables et transposables, structures structurées prédisposées à fonctionner comme structures structurantes, c'est-à-dire en tant que principes générateurs et organisateurs de pratiques et de représentations qui peuvent être objectivement adaptées à leur but sans supposer la visée consciente de fins et la maîtrise expresse des opérations nécessaires pour les atteindre, objectivement « réglées » et « régulières » sans être en rien le produit de l'obéissance à des règles, et, étant tout cela, collectivement orchestrées sans être le produit de l'action organisatrice d'un chef d'orchestre. »* <sup>643</sup>.

Ainsi, le risque de contracter et de mal soigner certaines parasitoses tel que le paludisme et des maladies virales comme la poliomyélite, est plus élevé pour l'enfant âgé de zéro à cinq ans dont la mère souffre d'illettrisme ou d'analphabétisme et présente, en général, un faible niveau d'instruction. L'analphabétisme et l'illettrisme sont également des circonstances aggravantes des facteurs sociaux favorisant la circulation des IST notamment dans le rang des populations les plus vulnérables économiquement et socialement. L'exposition individuelle aux risques vénériens est [413] d'autant plus grande et sans la moindre précaution que ces catégories de personnes vulnérables sont généralement sous informées et complètement désarmées pour cerner par elles-mêmes les contenus symboliques et didactiques des différents programmes nationaux de sensibilisation sur les comportements individuels rationnellement préférables face à la propagation des risques infectieux. L'article 40 alinéa 2 de la Constitution du Bénin dispose notamment que : « *L'État doit intégrer les droits de la personne humaine dans les programmes d'alphabétisation et d'enseignement aux différents cycles scolaires et universitaires et dans tous les programmes de formation des Forces Armées, des Forces de Sécurité Publique et Assimilés.* » <sup>644</sup>.

Pourtant, de nos jours encore, l'alphabétisation occupe très peu le champ politique de l'action publique dans les domaines du développement social et de la gestion préventive des risques sanitaires collectifs. L'action gouvernementale de sensibilisation des populations loca-

<sup>643</sup> Pierre BOURDIEU, *Le sens pratique*, Paris : Éditions de Minuit, op. cit., ibidem.

<sup>644</sup> Article 40 al 2 de la Constitution du 11 décembre 1990 de la République du Bénin.

les non scolarisées ou à faible niveau d'instruction se cristallise essentiellement dans les actions de promotion culturelle des langues nationales à travers des programmes de diffusion audiovisuelle tant de l'information quotidienne que des bonnes pratiques sanitaires et environnementales. En outre, le projet de l'inscription de certaines langues vernaculaires dans les programmes d'enseignement de l'éducation nationale ne semble guère suffire pour répondre efficacement ni au problème de l'analphabétisme, ni au phénomène de l'illettrisme qui pourraient s'aggraver en l'absence de mesures sociales correctives beaucoup plus hardies. En effet, l'introduction des langues vernaculaires dans l'enseignement primaire ou secondaire, mis à part d'être un moyen de promotion scolaire de quelques langues et cultures locales, ne peut constituer ni une solution idoine ni un moyen didactique de lutte contre l'analphabétisme et l'illettrisme de l'adulte. De fait, si bon nombre des élèves sortis relativement tôt du système scolaire – entre le primaire et le collège – sont confrontés aux difficultés d'intégration sociale à cause de l'illettrisme soit de leurs parents soit d'eux-mêmes, alors la solution efficace à ces difficultés linguistiques ne saurait résider dans l'élargissement de l'offre des enseignements de l'éducation nationale en langues vernaculaires. Ces difficultés d'intégration sociale demandent des solutions politiques beaucoup plus opérationnelles que la simple valorisation des cultures linguistiques locales. L'évolution de l'illettrisme comme de l'analphabétisme peut, en conséquence, [414] s'expliquer par l'influence de certains facteurs socioéconomiques sur les capacités de la population à répondre seule à ses besoins fondamentaux parmi lesquels celui de s'instruire. Dans la même perspective, Yannick Jaffré affirme pour sa part que : « (...) *La prise en compte des valeurs, des besoins et de l'inconscient collectif, c'est-à-dire de tout ce qui compose les modèles culturels et symboliques d'une société, est une condition nécessaire mais non suffisante à la réussite d'un projet. Ces modèles s'inscrivent eux-mêmes dans des rapports de pouvoir et des enjeux économiques dont la prise en compte conditionne la résolution ou non du problème de la participation* » (Desjeux 1985) (...). « *Il faut ici encore souligner l'importance de la dimension linguistique pour résoudre l'ensemble de ces questions : conceptualiser un nouveau savoir, ne peut se faire sans avoir recours à sa langue maternelle et à l'ensemble des représentations qu'elle ar-*

*ticule, de même que la maîtrise et l'acceptabilité d'une pratique ne peuvent s'évaluer qu'en l'appliquant à une situation réelle.* » <sup>645</sup>.

Par ailleurs, l'État n'offre toujours pas en l'espèce un environnement didactique aux capacités institutionnelles renforcées et susceptibles de créer en tout point des conditions idoines d'accompagnement matériel à la scolarisation effective de l'enfant puis à l'alphabétisation à tout âge de l'adulte. Partant, les projets d'alphabétisation et leur importance catalytique pour le développement social sont encore défendus à l'envi et animés essentiellement par des acteurs de la société civile à l'instar de certaines associations religieuses ou culturelles. Cependant, l'importance de l'alphabétisation des couches populaires peut se caractériser dans plusieurs domaines de l'intervention sociale du politique et de l'économique dans un pays en développement. En effet, savoir lire et écrire est une condition sine qua non de l'instruction et, par suite, du développement humain. Un peuple instruit est un peuple culturellement armé pour se prendre en charge et explorer tous les chemins du possible pour que s'éclipse la fatalité de la misère sociale, de la maladie et du statu quo d'un sempiternel sous-développement économique. En socialisant davantage les femmes dont le rôle est indéniable dans le secteur de la production économique du pays, l'alphabétisation participerait de la construction progressive d'un espace social où aucune catégorie sociale ne devrait plus [415] être exclue, mais plutôt sensibilisée sur ses droits, et responsabilisée sur ses devoirs. Dans un contexte social marqué actuellement par un fort taux d'analphabétisme et d'illettrisme, l'alphabétisation sur des bases institutionnelles et donc permanentes des catégories populaires apparaît de fait comme l'une des voies les plus performantes à long terme pour diffuser les programmes de prévention en matière de santé publique. Ainsi, l'alphabétisation pourrait avoir son rôle à jouer dans la modification des comportements individuels à risque liés notamment à l'usage des médicaments, des pesticides, de la fréquentation des établissements de soins médicaux et dans la gestion faite de l'environnement physique. Les politiques d'alphabétisation ont néces-

---

<sup>645</sup> **Yannick JAFFRÉ**, « Education et santé » pp. 50-66, in **Didier FASSIN** et **Yannick JAFFRÉ**, (dir.), *Sociétés, développement et santé*, Paris : Les Éditions Ellipses, op. cit., [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », pp. 17, 30 et 31 [consulté le 07 décembre 2009].

sairement leur rôle à jouer dans l'évaluation et la rationalisation des représentations sociales et culturelles de la maladie et de la santé. L'alphabétisation avec son potentiel didactique est alors une dimension non négligeable des déterminants sociaux de la réussite et de l'efficacité des programmes de prévention dans le domaine de la santé publique et du développement social. C'est la juste remarque de Yannick Jaffré lorsqu'il affirme que : « (...) *L'appui à l'éducation « de base » - notamment des femmes - par l'école, la formation sanitaire des enseignants, les politiques d'alphabétisation (en français et dans les langues vernaculaires), est essentiel à la lutte contre les pathologies infectieuses.* » <sup>646</sup>.

Aussi, les faibles taux d'alphabétisation et d'instruction de la population, notamment dans sa composante féminine, sont-ils des circonstances aggravantes des conséquences sociales induites par l'occurrence régulière des problèmes de santé publique. Dans ce contexte, lorsqu'un risque sanitaire émerge dans l'espace social, en dépit de l'existence de mesures collectives préventives, c'est que l'action publique de la prévention n'a pu finalement se faire performante, car, tout comme le soulignait déjà William Dab : « (...) *Le succès d'une action de prévention est quelque chose qui n'est pas visible puisque, par définition, c'est quelque chose qui ne survient pas. Richelieu ne disait pas autre chose : « Il n'y a rien de si caché que les effets de la prudence, vu qu'ils consistent principalement à [416] éviter les maux en les prévenant, ce qui fait que souvent on n'estime pas beaucoup les services de ce genre, lesquels sont néanmoins les plus grands qui se puissent rendre.* » <sup>647</sup>.

Ces services salutaires de la prévention dans le domaine de la gestion publique de la santé collective sont alors comparables aux servi-

---

<sup>646</sup> Yannick JAFFRE, « Dynamiques et limites socio-anthropologiques des stratégies de prévention et de contrôle des risques infectieux dans les pays en voie de développement », in : La maîtrise des maladies infectieuses, un défi de santé publique, une gageure médico-scientifique. Paris : Académie des sciences, Rapport sur la science et la technologie, n° 24, 2006, pp. 101-115, op. cit., [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », p. 22.

<sup>647</sup> Réponse de William DAB à Patrick LAGADEC, in Xavier GUILHOU et Patrick LAGADEC, *La fin du risque zéro*, op. cit., p. 260.

ces bénéfiques de la prévoyance dans la gestion personnelle et mutualiste de la santé individuelle.

### ***B\*) Contexte socio-anthropologique de l'émergence progressive des mécanismes assurantiels***

[Retour à la table des matières](#)

Le risque-maladie longtemps connu et mutualisé dans les grandes sociétés occidentales est fondé sur un système conventionnel de prévoyance sous forme de mutualisation des charges financières rattachables à ce risque pourtant individuel des dépenses de maladie ou de handicap survenu par accident. Dans cette perspective, la prévoyance est en quelque sorte une prudence de l'acteur rationnel, et par laquelle, ce dernier, devant l'incertitude de ses possibles financiers et du cours des événements de la vie, élabore dans le présent et pour l'avenir ses stratégies individuelles de garantie d'une protection sociale afin de couvrir efficacement ses dépenses de santé en cas de maladie ou de handicap. Pour le philosophe du droit François Ewald : « *La prévoyance consiste à prendre conscience des risques auxquels on est soumis parce qu'on devra y faire face de sa propre initiative. Le monde de la prévoyance est un monde où chacun doit se savoir faible et fragile, soumis à d'incessants coups du sort et revers de fortune ; c'est un monde de la force majeure. C'est un monde déséquilibré où l'homme se sait trop souvent vaincu et ne pense guère pouvoir utiliser une science et une technique d'ailleurs peu disponibles pour rééquilibrer son rapport à la nature. Il [417] doit plutôt faire appel à la ruse, à son intelligence, au calcul (des probabilités) qui lui enseigne que les accidents n'arrivent pas sans lois et que ces lois sont fondatrices de mutualités permettant d'y faire rationnellement face : c'est ainsi que l'assurance a vanté ses mérites tout au long du XIXe siècle, comme l'institution d'une prévoyance rationnelle.* » <sup>648</sup>.

---

<sup>648</sup> **François EWALD**, « Le retour du malin génie. Esquisse d'une philosophie de la précaution » pp. 99-126, in **Olivier GODARD**, (dir.), *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, Editions de la Maison des sciences de l'homme (MSH), Paris, INRA, op. cit., p. 103.

La prévoyance, avec la mutualisation des risques et l'assurance-maladie qu'elle institue dans les sociétés industrielles, fonde en réalité un système conventionnel des solidarités<sup>649</sup> mécaniques d'une communauté d'individus poursuivant certes des intérêts divergents mais conventionnellement solidaires pour gérer ensemble la couverture sociale et financière de leurs risques sanitaires individuels. Ce système de solidarités conventionnelles face à l'occurrence du risque-maladie est très peu connu et développé dans les pays<sup>650</sup> en développement comme le Bénin où la solidarité est avant tout spontanée et statutaire. En effet, si la communauté, notamment la parentèle, est toujours solidaire avec l'un quelconque de ses membres en cas de maladie ou d'événement accidentel, cette solidarité non conventionnelle obéit toujours à des règles sociales et axiologiques non formellement établies de bonne disposition ou de spontanéité en fonction non seulement de la position ou du statut social de l'assisté mais aussi des capacités financières de l'assistant solidaire individuel en tant que membre entièrement subsumé dans la lignée et l'axiologie identitaires de la communauté. Partant, au risque-maladie vient alors s'ajouter, l'aléa, en l'occurrence, l'incertitude de la [418] protection sociale dans un tel système de solidarités non conventionnelles mais surtout axiologi-

<sup>649</sup> Selon **Yvette RAYSSIGUIER** et alii, l'histoire du fondement philosophique de la protection sociale aurait connu trois grands tournants historiques à savoir, dès le Moyen-âge, la charité chrétienne des plus riches à l'égard des plus démunis alors que la Renaissance puis la Révolution de 1789 avaient prôné les valeurs de l'assistance sociale aux plus vulnérables et que, depuis 1945, serait enfin venu, le temps de la solidarité, fondement des mécanismes assurantiels. Voir **Yvette RAYSSIGUIER, Josianne JEGU, Michel LAFORCADE**, (dir.), *Politiques sociales et de santé. Comprendre et agir*, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, op. cit., p. 9.

<sup>650</sup> Dans son analyse du phénomène de non assurance en matière automobile au Bénin, la Direction des Assurances faisait notamment les remarques socio-anthropologiques suivantes : « (...) *En passant d'une société à une autre, c'est-à-dire, des sociétés modernes de type capitaliste aux sociétés traditionnelles de type africain, les structures de l'organisation sociale diffèrent et répondent différemment aux besoins des acteurs. Ainsi, l'assurance, incontournable dans le système capitaliste, peut sembler dépourvue de toute valeur dans les sociétés africaines.* ». Cf. **République du Bénin, Ministère des Finances et de l'économie, Direction Générale de l'Economie, Direction des Assurances**, « Etude du phénomène de non assurance en responsabilité civile automobile au Bénin », op. cit., p. 15.

ques. Ce système d'assistance solidaire sans convention assez caractéristique des sociétés traditionnelles perdure et constitue l'un des obstacles sociaux majeurs au développement dans ce pays des mécanismes assurantiels ou mutualistes, seuls capables d'offrir, dans une société en mutation économique, des garanties sociales institutionnalisées et beaucoup plus sécurisantes. Ainsi, pour Yvette Rayssiguier et alii : « *La protection sociale (...) tente de répondre à un des besoins socio-économiques les plus ancrés chez l'homme, le besoin de sécurité face aux vicissitudes de l'existence.* » <sup>651</sup>.

Dans son étude socio-anthropologique du phénomène de non assurance automobile au Bénin, la Direction des Assurances soulignait déjà le même constat d'obstacles culturels et anthropologiques précédemment évoqués en attestant pour sa part qu' : « *Au sein des populations d'Afrique Noire, il existe une tradition de vie en communauté, dans la solidarité familiale. L'individu est porté à participer à cette vie communautaire réduite soit à la famille restreinte ou élargie à la communauté lignagère de laquelle il se réclame. Le groupe de parentés est organisé et structuré de façon à assurer et à perpétuer cette solidarité. Les structures participatives que forment les groupes de parentés permettent aux individus de se rencontrer, de se connaître et d'actualiser leur identité. Cette solidarité de vie, transmise par les canaux de l'éducation, qui est conforme à la nature humaine, sociale et religieuse de l'Africain en général et du Béninois en particulier, est utilisée comme une réponse, une mesure de protection à la menace qui pèserait éventuellement sur chacun des membres face aux vicissitudes qui jalonnent tout vécu humain.* » <sup>652</sup>.

---

<sup>651</sup> Dans le prolongement de leur pensée, les auteurs donnent cette définition de la protection sociale qui peut être comprise selon eux, au sens général, comme : « (...) *L'organisation de mesures collectives en vue de garantir solidairement les individus contre les situations de l'existence qui sont susceptibles d'affecter leur sécurité (...) et auxquelles la société reconnaît une importance particulière.* ». Cf. **Yvette RAYSSIGUIER, Josianne JEGU** et alii, (dir.), *Politiques sociales et de santé. Comprendre et agir*, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, op. cit., pp. 22 et 23.

<sup>652</sup> République du Bénin, Ministère des Finances et de l'économie, Direction Générale de l'Economie, Direction des Assurances, « Etude du phénomène de non assurance en responsabilité civile automobile au Bénin », op. cit., p. 16.

[419]

La configuration actuelle des organismes d'assurance-maladie ou des sociétés mutualistes montre plutôt une faible appropriation<sup>653</sup> par les populations rurales comme urbaines de l'intérêt d'un système organisé de prévoyance. Ce manque d'intérêt mutualiste au niveau populationnel peut également s'expliquer par plusieurs raisons pratiques : d'abord, le désenchantement de la population à cause de sa perception de la qualité des structures hospitalières dont les insuffisances confortent, parmi d'autres, le pluralisme des voies thérapeutiques entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle ; ensuite, l'absence de reconnaissance des thérapies traditionnelles dans le champ conventionnel des soins médicaux mutualisés renforce les perceptions sociales d'un système de soins finalement peu compatible avec les réalités du pays ; en outre, les difficultés d'accessibilité des consommables médicaux, des produits pharmaceutiques ou des médicaments de qualité indispensables dans tout processus de soins vident les mutuelles de santé de leur substance et de leur utilité sociale dans ce système sanitaire en construction. Enfin, la situation socioéconomique généralement peu stable de la population dans sa quasi-totalité l'a si vite habituée à vivre et à survivre au jour le jour sans vraiment se préoccuper de ce dont sera fait le lendemain. Or, le principe même de la prévoyance, c'est justement prévoir ses moyens d'action pour l'avenir afin d'être à même de faire face plus efficacement à l'occurrence de tout risque de maladie ou de tout événement au potentiel incapacitant. Faut-il encore le rappeler avec le professeur de médecine Jean-Daniel Rainhorn : « *Il y a un drame que connaissent tous les pauvres du monde, au Nord comme au Sud, c'est celui de l'argent*

---

<sup>653</sup> Pour **Aboubakar KOTO-YÉRIMA** : « *Les mutuelles de santé au Bénin permettent tant bien que mal d'accéder aux soins de santé notamment pour les couches défavorisées et les acteurs du secteur informel. Mais leur faiblesse, c'est de fédérer très peu d'adhésion car les couvertures mutualistes au Bénin concernent jusqu'à nos jours moins de 200 000 mutualistes seulement sur une population de près de 9 millions d'habitants. A cela s'ajoute la modicité des cotisations et, par voie de conséquence, la modicité de la gamme des couvertures offertes.* ». Cf. **Aboubakar KOTO-YÉRIMA**, coordonnateur du Programme d'appui aux Mutuelles de Santé en Afrique (PROMUSAF-Bénin) – entretien du 09 juin 2011.

*qui manque le jour où il faut payer les soins à cause d'une maladie ou d'un accident.* »<sup>654</sup>.

[420]

L'architecture nationale des mutuelles de santé et de l'assurance-maladie au Bénin présente une évolution assez embryonnaire<sup>655</sup>. En effet, seulement une petite minorité de la population est couverte pour ses dépenses de soins médicaux, soit par la sécurité sociale des employés et assimilés des services publics relevant de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) soit par la couverture des ménages<sup>656</sup> mutualistes généralement concentrés dans les aires rurales<sup>657</sup> agrico-

<sup>654</sup> **Jean-Daniel RAINHORN**, « Un avenir incertain » pp. 11-35, in **Jean-Daniel RAINHORN** et **Mary-Josée BURNIER**, (dir.), *La santé au risque du marché. Incertitudes à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle*, Paris, Presses Universitaires de France, op. cit., pp. 23-24.

<sup>655</sup> Tout comme le reconnaît également **Olivier GUÉZO** : « *L'assurance formelle des risques de santé réalisée par la Sécurité Sociale au Bénin à travers l'Office Béninois de Sécurité Sociale, (OBSS), le Fonds National des Retraités du Bénin (FNRB) et quelques compagnies d'assurance ne couvre qu'une frange infime de la population laissant une majeure partie dans la pauvreté et l'insécurité sociale. Cette situation fait du droit à la santé un droit virtuel pour les populations démunies.* ». Cf. **Fortuné Luc Olivier GUÉZO**, Directeur de la législation, de la codification et des sceaux, « État des lieux de l'encadrement juridique des mutuelles de santé au Bénin », p. 6.

<sup>656</sup> Dans son analyse prospective de l'évolution des mutuelles de santé au Bénin avec l'appui du Centre International de développement et de Recherche (CIDR), l'État béninois dresse le constat selon lequel : « *L'adhésion à la mutuelle se fait non pas par personne mais par famille. Au sein d'un village, les familles qui s'entendent et se font confiance se mettent ensemble pour former le groupement mutualiste muni d'un bureau de trois membres.* ». Cf. **Bénin - Centre International de développement et de Recherche (CIDR)**, « Etude de cas des mutuelles d'assurance maladie du Sud Borgou et du Nord Zou au Bénin », Programme appuyé par le CIDR, Centre International de développement et de Recherche. Sur financement de la Direction du Développement et de la Coopération Suisse (DDC), CIDR – Bénin – Mutuelles d'assurance maladie – Janvier 2001, p. 2.

<sup>657</sup> Le même constat de manque d'intérêt à l'adhésion mutualiste en milieu urbain est relevé par **Aboubakar KOTO-YÉRIMA** qui souligne, en effet, que : « *Les zones rurales mobilisent plus d'adhésion que les zones urbaines où l'approche communautaire c'est-à-dire l'adhésion par ménage mutualiste connaît très peu de succès.* ». Cf. **Aboubakar KOTO-YÉRIMA**, coordonna-

les et dont l'adhésion est facilitée par les revenus des récoltes saisonnières, en l'occurrence les rentes cotonnières. En effet, l'émergence de la culture mutualiste s'est vite imposée comme une parade nécessaire à l'inflation du coût des soins de santé primaires (SSP) développés en 1978 à la conférence des États d'Alma Ata et renforcés en 1987 avec l'Initiative de Bamako qui avait préconisé alors, dans une optique d'efficacité institutionnelle, le retrait de l'État dans la gestion directe du financement du système des soins de santé en prônant le recouvrement des dépenses des établissements de soins par la participation proactive des populations à l'autofinancement des médicaments essentiels. Ainsi, ce contexte socioéconomique inflationniste pour les dépenses individuelles de santé a joué un rôle catalytique dans le développement progressif des organisations mutualistes comme le souligne justement Olivier Guézo selon lequel : « *Cette mise à la charge des populations du coût des soins a toutefois eu un impact très négatif sur [421] l'accessibilité financière des populations plus démunies aux prestations de santé. On peut considérer que cette situation est l'un des facteurs qui ont favorisé l'émergence du mouvement mutualiste dans plusieurs pays d'Afrique, notamment en République du Bénin, dès le début des années 90. Ce pays est d'ailleurs devenu un terrain privilégié d'expérimentation et de réflexion dans le secteur de la mutualité. Selon les statistiques récentes (M. Pigeon 2002), environ 77 mutuelles opèrent dans toute l'étendue du territoire national. Mais le secteur reste émergent et l'absence de texte le réglementant donne lieu à une grande diversité tant au niveau organisationnel qu'au niveau de la réalisation des objectifs* »<sup>658</sup>.

Pour autant, la culture mutualiste ou assurantielle peine à se développer et il est possible que l'ensemble de ces déterminants socio-culturels aggravés par l'action galopante des facteurs conjoncturels, conditionnent, par voie de conséquence, l'absence de stratégie individuelle de prévoyance et d'investissement des acteurs plutôt réticents à l'idée de cotiser pour préfinancer leurs dépenses de santé par une mutuelle ou une assurance-maladie.

---

teur du Programme d'appui aux Mutuelles de Santé en Afrique (PROMUSAF-Bénin) – entretien du 09 juin 2011, op. cit.

<sup>658</sup> **Fortuné Luc Olivier GUÉZO**, Directeur de la législation, de la codification et des sceaux, « État des lieux de l'encadrement juridique des mutuelles de santé au Bénin », op. cit., p. 3.

En toute hypothèse, deux profils d'acteur stratégique semblent alors cohabiter à l'intérieur de ce système social à la fois de croyance habituelle et de prévoyance en construction : le premier, que nous qualifions d'acteur stratégique relationnel vit en totale immersion dans son groupe social ou sa communauté de rattachement et n'a donc aucune individualité, de sorte que seul le groupe social, ses valeurs et ses croyances priment sur l'individu. Dans ce contexte de dépendance communautaire, l'acteur stratégique relationnel espère, en toute hétéronomie, de ses relations avec les autres ou de son utilité à la communauté une protection communautaire en retour, sous la forme d'une assistance tacite de la communauté et de son divin protecteur en cas de malheur. Le second est un acteur stratégique rationnel parce qu'il préfère toujours conserver son autonomie avant et après la survenue d'un événement imprévu, susceptible de compromettre durablement ou momentanément sa santé et sa force de production en mutualisant alors ses capacités personnelles de réaction et de contrôle à travers une convention d'assistance manifeste et [422] expresse. C'est donc la croyance qui fonde l'espérance de protection divine <sup>659</sup> ou mystique voire d'assistance communautaire de l'acteur stratégique relationnel tandis que la prévoyance seule conditionne l'espoir d'assistance conventionnelle de l'acteur stratégique rationnel. Autrement dit, l'acteur stratégique rationnel et assuré mutualiste est, dans un système organisé de prévoyance, l'individu qui a pris conscience de ses propres limites devant les péripéties sanitaires et financières susceptibles

---

<sup>659</sup> Voici comment l'exprimait pour sa part **Raymond MASSÉ** : « *La souffrance humaine a, de tout temps et dans tout lieu, interpellé la religion. L'homme s'adresse aux forces surnaturelles sinon pour recouvrer la santé, tout au moins, pour donner un sens à la maladie et à la mort. La religion est alors convoquée au chevet du malade, mais aussi aux côtés du thérapeute qui y cherchera inspiration et pouvoir. Cette convocation médicale du sacré alimente les réflexions d'une anthropologie médicale des soins de salut tout autant qu'une anthropologie de la religion comme médecine, toutes deux concernées par les miracles et les prières de guérison, les rituels thérapeutiques ou l'insertion des croyances et des pratiques religieuses dans les soins.* ». Cf. **Raymond MASSÉ**, « Introduction. Rituels thérapeutiques, syncrétisme et surinterprétation du religieux » pp. 5-12, in **Raymond MASSÉ** et **Jean BENOIST**, (dir.), *Convocations thérapeutiques du sacré*. Paris : Les Éditions Karthala, 2002, Collection : Médecines du monde. [En ligne], texte disponible dans « Les Classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 07 décembre 2009], p. 5.

d'avoir cours dans son existence et qui prévoit, par conséquent, de les contrôler en optant pour une stratégie de mutualisation de ses efforts avec les autres membres de la collectivité.

En revanche, l'acteur stratégique relationnel et conjuré ritualiste relevant alors du système des croyances en des valeurs mystiques et communautaires, est l'individu qui affiche son impuissance personnelle, spirituelle et temporelle face aux attaques sorcellaires génératrices de maladie ou d'accident à telle enseigne qu'il conçoit juste et nécessaire, pour s'en prémunir, de se recommander avec sa communauté à la force protectrice d'une entité spirituelle transcendante, autant dire, une protection collective aux fondements métaphysiques et communautaires.

Ainsi, l'acteur rationnel et assuré mutualiste déploie ses stratégies de contrôle dans une optique de prévision ou de prévoyance des mesures correctives à mettre en œuvre nécessairement en cas de survenue du risque-maladie ou de l'événement imprévu alors que l'acteur relationnel et conjuré ritualiste anticipe ses stratégies de défense seulement dans une logique d'éviction ou de conjuration<sup>660</sup> de toute [423] influence négative susceptible de mettre en danger sa santé. Cette logique de conjuration du mauvais sort qui fait naturellement appel à un système plutôt de croyance et non de prévoyance ne permet pas, en conséquence, d'entrevoir, par prévision, l'hypothèse de l'émergence des mesures correctives possibles à l'échelle humaine – individuelle et communautaire – si, malgré tout, le risque censément conjurer par les prières, les rituels ou l'exhortation de propitiation du mystique, se réalisait finalement. C'est dans la même perspective que Didier Fassin affirmait, à juste titre, que dans l'espace politique de la santé : « *La*

<sup>660</sup> C'est le cas des rituels voduns et assimilés ainsi que l'avait déjà rappelé **Emmanuelle Kadya TALL** en affirmant que finalement : « *Avec un modèle explicatif unique du malheur et de la maladie, les nouveaux cultes voduns recrutent une clientèle que le discours simplificateur de la sorcellerie comble d'explication et d'espoirs. Leur pouvoir anti-sorciers permet de se fortifier contre les agressions qui empêchent l'individu d'accéder aux richesses de ce monde (...). Le voisin jaloux, l'amant déçu, le collègue envieux sont aujourd'hui les personnages contre lesquels il faut se prémunir pour réussir sa vie.* ». Cf. **Emmanuelle Kadya TALL**, « De la démocratie et des cultes voduns au Bénin » In : Cahiers d'études africaines. Vol. 35 N°137, *La démocratie déclinée*, pp. 195-208, 1995, article disponible sur Persée, <http://www.persee.fr>, op. cit., p. 12.

*prévention, c'est-à-dire le corpus de croyances et d'actes par lesquels les individus se protègent des affections et des infortunes, apparaît comme la figure centrale de la gestion collective de la santé dans les sociétés traditionnelles. Elle se compose d'un ensemble de pratiques divinatoires et de rituels propitiatoires servant à interpréter et à repousser les diverses manifestations du malheur. Face aux épidémies, aux famines, aux catastrophes naturelles, face aux désordres qui menacent le groupe, les mesures collectives relèvent avant tout de la prémunition : divinations et propitiations que l'on fait pour éviter le fléau ou, s'il est déjà là, pour en réduire les conséquences. C'est donc de la prévention que l'on va partir pour analyser de manière concrète les procédures mises en œuvre, dans le monde traditionnel, pour gérer collectivement la maladie. » <sup>661</sup>.*

Dans son analyse sociologique de l'approche interactionniste de Michel Crozier relative à la compréhension de l'acteur en situation, Claude Giraud considère pour sa part que : « *La rationalité de l'acteur est une façon de penser et d'expliquer la réalité sociale (...) [et que si] la situation, elle-même, est objet de définition ou d'interprétation, la rationalité de l'acteur est alors la forme que prendra l'utilisation de ses ressources propres (capacités cognitives, croyances...) ou communes (organisation des moyens, valeurs de référence...) pour répondre à cette situation. » <sup>662</sup>.*

[424]

Cependant, en dépit de ce contexte social peu favorable à l'émergence et la généralisation de l'assurance mutuelle, plusieurs raisons militent en faveur de la mutualisation des risques sanitaires dans ce pays en développement. De prime abord, l'inflation galopante du prix des prestations de soins de santé aggravée par l'impérialisme habituelle des structures sanitaires publiques, propre au fonctionnement même de l'« État sorcier » et les pratiques ontiques corrélatives, en l'occurrence le comportement réfractaire de rétention des solidarités familiales ou de « rançonnements » propres aux stratégies défensives de l'État sorcier pendant l'épisode morbide, c'est-à-dire à l'occasion

<sup>661</sup> **Didier FASSIN**, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, PUF, op. cit., p. 207.

<sup>662</sup> **Claude GIRAUD**, *Concepts d'une sociologie de l'action. Introduction raisonnée*, Paris, Editions L'Harmattan, op. cit., pp. 20 et 21.

du déroulement des soins non ambulatoires, est un ensemble de facteurs favorables à l'émergence puis la généralisation des mutuelles de santé au Bénin. Autrement dit, l'instauration de la mutualisation du risque-maladie pourrait s'imposer comme une réponse efficace aux méthodes de prédation des fonds de solidarités familiales non seulement par la parentèle du malade mais aussi par les pratiques de « rançonnement » de certains agents de santé. Ensuite, le projet d'instauration d'un Régime d'assurance maladie universelle (RAMU) même s'il a l'ambition et le potentiel de favoriser l'intégration sociale de toutes les catégories populaires, il ne peut constituer une réponse d'éradication complète de l'exclusion sociale et sanitaire en progression dans ce pays. En effet, dans son principe de fonctionnement, le RAMU <sup>663</sup> viserait seulement la couverture sociale des seuls actifs socialement démunis du secteur formel laissant alors pour compte, tant les acteurs du secteur informel que les personnes sans revenus salariés ni commerciaux qui, pourtant, représentent une frange importante de la population béninoise. Une telle situation marquée d'exclusion sociale et sanitaire persistante pourrait alors avoir pour effet corollaire de susciter dans l'inconscient collectif l'importance d'une évolution sociale nécessaire vers la généralisation de l'assurance mutuelle à toutes les catégories sociales actives ou non dans ce pays. Tout comme l'atteste Guy Carrin à travers ses analyses économicistes de l'avènement de l'assurance-maladie universelle dans [425] les pays en développement si : « *La couverture universelle, qui suppose que les risques sont partagés entre tous les groupes de population dans une collectivité ou une nation, reste en dernière analyse un but louable (...) il faudra énormément de volonté politique pour étendre la couverture, notamment aux groupes les plus pauvres de la population.* » <sup>664</sup>.

<sup>663</sup> En effet, il ressort des rapports d'étude de la **Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale (CIPRES)** que : « *Les personnes qui seront couvertes seront les mêmes que celles actuellement assurées par la CNSS (les pensionnés, les travailleurs salariés et les membres de leur famille).* ». Cf. **Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale (CIPRES), Secrétariat Permanent**, « Etude du niveau d'instauration de l'Assurance Maladie dans les États membres de la CIPRES », décembre 2010, p. 8.

<sup>664</sup> **Guy CARRIN**, « L'assurance maladie : un chemin parsemé d'obstacles pour les pays en développement » traduit de l'anglais par Martine CULLOT sous le titre : « Social Health Insurance in Developing Countries : a Continuing Chal-

De même, pour expliquer conjoncturellement les difficultés de réalisation d'un système de garantie mutualisée dans les pays en développement, Alain Letourmy affirmait pour sa part que : « *Les économies africaines sont restées dominées par les activités du monde rural et du secteur informel, qui sont inadaptées à la protection maladie conçue pour les catégories salariées.* » <sup>665</sup>.

Enfin, pour conclure cette analyse des comportements individuels et collectifs face à l'émergence aussi bien des risques sanitaires que des politiques multisectorielles de leur gestion préventive, il convient de rappeler une fois de plus que la prévention sert beaucoup l'efficacité des politiques de santé publique dans tous les domaines. Ainsi, une planification performante des politiques de salubrité publique sert nécessairement la capacité de contrôle ou de maîtrise de l'action publique dans ses stratégies de prévention contre la progression et la transmission des maladies infectieuses. En opérant principalement en amont des épisodes morbides individuels ou collectifs, les politiques publiques de prévention sont en quelque sorte une démocratie sanitaire participative dans la mesure où elles ne se limitent pas seulement à l'information de la population cible sur les risques sanitaires qui l'entourent mais font aussi appel à la participation populaire afin de lutter contre l'accroissement des facteurs de morbidité sociale et pour le maintien d'un environnement sain. Mais la prévention, c'est aussi la prévoyance lorsqu'il s'agit d'anticiper les capacités financières individuelles pour surmonter le risque d'insolvabilité avec l'occurrence de la maladie. En effet, si la prévention fait appel [426] aux capacités de contrôle de l'action publique pour la régulation des risques sanitaires collectifs, la prévoyance interpelle, quant à elle, les stratégies des possibles et actions de l'individu pour contrôler ses incertitudes financières en cas de maladie. Finalement, et comme cette étude l'a pu certainement attester à divers endroits de cette analyse

---

lenge » pp. 199-213, in **Jean-Daniel RAINHORN** et **Mary-Josée BURNIER**, (dir.), *La santé au risque du marché. Incertitudes à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle*, Paris, PUF, op. cit., p. 212.

<sup>665</sup> **Alain LETOURMY**, « Les mutuelles de santé en Afrique : conditions d'un développement » pp. 230-240, in **Marc-Eric GRUÉNAIS** et **Roland POURTIER**, (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, Afrique contemporaine, Numéro spécial, Trimestriel N° 195 Juillet-septembre 2000, La documentation Française, p. 233.

sociologique et politique, la prévention n'est pas un modèle nouveau de contrôle des risques sanitaires dans l'espace public. Elle a toujours existé partout y compris dans les sociétés de type traditionnel. Ce qui est nouveau en revanche, dans les sociétés traditionnelles ou dans ces sociétés en pleine mutation, c'est le concept de prévoyance qui renvoie, en effet, à une prudence de l'individu et dont l'appropriation progressive dans les pays en développement comme le Bénin rencontre des obstacles non seulement techniques pour sa réalisation mais aussi axiologiques pour son acceptation élargie à toute la population.

Toutefois, la formulation et la mise en œuvre des politiques publiques en matière de gestion des risques sanitaires collectifs interviennent également avec l'émergence contemporaine à l'échelle mondiale d'une culture de précaution certes réputée excessive dans son principe philosophique mais modulable dans la pratique au gré des circonstances locales.

[427]

## Section 2

### La précaution comme principe nouveau adaptable dans l'arène politique de la santé publique

[Retour à la table des matières](#)

Olivier Godard aimait bien dire que : « *Si la précaution peut conduire au meilleur ou au pire, l'absence de précaution conduit sûrement au pire... Emprunter le sentier de la précaution, c'est choisir la ligne de crête.* » <sup>666</sup>.

Les politiques du risque interpellent une certaine prudence de l'action publique non seulement en vertu des normes collectives de prévention lorsque l'ampleur de la menace redoutée est identifiable, probabilisable et donc rationnellement prévisible mais encore, et de plus en plus aujourd'hui, au nom du principe émergent de précaution lorsque prévaut le sentiment général d'incertitude tant scientifique que pragmatique orientant la décision politique en situation de risque collectif aux conséquences dommageables et probablement irréversibles. Si la prévention consiste à prendre toutes les dispositions possibles, autrement dit, à agir pour contrer ou enrayer le risque et son expansion prévisible dans l'espace social, le principe de précaution recommande pour sa part l'action inverse à savoir : ne rien faire justement pour mieux faire et ainsi mieux prévenir, c'est-à-dire s'abstenir de faire, ne pas surtout agir tant que prévaut, faute de connaissances scientifiques suffisantes, l'incertitude de toute décision de contrôle de la si-

---

<sup>666</sup> **Olivier GODARD**, (dir.), *Le Principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, Editions de la Maison des sciences de l'homme (MSH), Paris, Institut National de la Recherche Agronomique (INRA), op. cit., p. 32.

tuation du risque encouru socialement, économiquement et politiquement. Pour Olivier [428] Godard qui esquisse ainsi une définition de la précaution : «*Ce qu'on appelle depuis peu le principe de précaution peut être compris comme une nouvelle étape dans l'extension des normes sociales et juridiques qui visent à promouvoir la prévention des risques technologiques, sanitaires et environnementaux.* »<sup>667</sup>.

Le principe de précaution émerge davantage, dans certains pays en développement comme le Bénin, de la formulation et de la mise en œuvre des politiques publiques de contrôle ou de maîtrise non seulement de la production mais aussi de la diffusion des biens marchands susceptibles de représenter une situation de risque sanitaire collectif. C'est le cas dans ce pays en développement du moratoire souvent reconductible qui frappe l'importation des cultures transgéniques (OGM) dans l'espace social et cultural béninois. Avec la récurrence des crises sanitaires d'origine infectieuse et la fulgurance de leur propagation dans tous les pays du monde entier, la précaution a tôt fait alors de justifier également la réaction des États à travers l'embargo ou toute mesure administrative visant, soit l'interdiction des marchandises suspectées de faire courir à leur population et à l'environnement un risque sanitaire quelconque, soit la fermeture provisoire des frontières de l'État. Ainsi, ramenée au niveau de l'action publique, la précaution traduirait donc une certaine dimension de la peur sociale qui justifierait alors de prendre, dans l'intérêt général et compte tenu de l'incertitude scientifique autour d'une question majeure de sécurité ou de santé publique, toutes les mesures collectives possibles de protection de la collectivité. Cette peur sociale ou collective de l'incertain voire de l'inconnu est unanimement partagée au Nord comme au Sud notamment avec l'interdépendance galopante des pays du globe terrestre en situation de mondialisation économique de plus en plus exacerbée.

---

<sup>667</sup> **Olivier GODARD**, « L'ambivalence de la précaution et la transformation des rapports entre science et décision » pp. 37-83, in **Olivier GODARD**, (dir.), *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, op. cit., p. 37.

[429]

## Titre 1

### Précaution et risque biotechnologique environnemental

[Retour à la table des matières](#)

Le progrès scientifique – biologique, génétique, médical et agromique – ne va pas sans l'impératif de la sécurité et donc de l'éthique. Selon Alice Desclaux : « *L'éthique présuppose que, dans le cadre expérimental de la recherche médicale, c'est le sujet qui est plus vulnérable que le chercheur.* » <sup>668</sup>.

Ainsi, les progrès de la biotechnologie appliquée de nos jours aux diverses manipulations à des fins transgéniques des produits végétaux et animaux rencontrent de plus en plus une pression sociale non pas tant d'hostilité envers le progrès biologique ou médical mais de nécessité d'une biotechnique toujours conciliable avec l'exigence absolue à la fois de biosécurité et de bioéthique. C'est donc dans ce contexte social de tension et de psychose marqué par la montée des revendications de la société civile pour exiger des décideurs publics la biosécurité sanitaire des produits alimentaires et de l'écosystème que l'introduction dans l'espace public sous une forme ou sous une autre des Organismes génétiquement modifiés (OGM), suscite de nombreuses circonspections et appréhensions dans le rang même des producteurs et consommateurs. Sommés d'agir, la décision des pouvoirs publics a eu pour cadre juridique national voire international l'application pure et simple du principe de précaution à travers l'adoption du moratoire sur l'importation et l'utilisation des produits

---

<sup>668</sup> **Alice DESCLAUX**, « L'éthique médicale appliquée aux sciences humaines et sociales : pertinence, limites, enjeux et ajustements nécessaires. », VERSION D'AUTEUR. Un article publié dans *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, vol. 101, n°2, 2008, pp. 77-84. [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 13 Janvier 2010], p. 18.

de bioconversion transgéniques comme les OGM et leurs dérivés. Olivier Godard présupposait alors dans cette optique que finalement : « *La Précaution fait de la peur de l'incertain une justification à part entière de l'intervention.* » <sup>669</sup>.

[430]

Toutefois, l'information déficitaire, en l'espèce, de la population et l'absence d'un système de détection ou de contrôle performant ne permettent pas en conséquence d'assurer efficacement la riposte technique et juridico-politique de l'action publique qui émerge désormais sur fonds de mobilisation sociale contre toute probable importation en apparence frauduleuse des produits transgéniques.

***A\*) Enjeux sécuritaires ou sanitaires des OGM  
dans l'agriculture locale, entre science expérimentale  
et savoirs populaires***

[Retour à la table des matières](#)

Les bioconversions agronomiques obtenues par l'action de la transgénèse <sup>670</sup> font l'objet d'une double appréhension autour de la problématique sécuritaire et sanitaire de leur développement dans

<sup>669</sup> **Olivier GODARD**, « L'ambivalence de la précaution et la transformation des rapports entre science et décision » pp. 37-83, in **Olivier GODARD**, (dir.), *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, op. cit., p. 47.

<sup>670</sup> **Olivier GODARD**, **Claude HENRY** et alii font bien remarquer que : « *La transgénèse est l'ensemble des méthodes et techniques qui permettent l'implantation, dans le génome d'un organisme vivant, de gènes en provenance d'une autre espèce ; elle produit donc des organismes génétiquement modifiés (OGM) ; ainsi l'implantation dans le génome d'une plante de gènes de bactéries pour la rendre résistante aux attaques de certains insectes ravageurs, ou de champignons, par exemple (...). Mais la transgénèse végétale présente aussi des dangers. En ce qui concerne les OGM destinés à l'alimentation, on craint que certains gènes implantés ne provoquent des allergies ; c'est le cas du maïs Starlink, mis au point par Aventis, qui n'était pas destiné à la consommation humaine, mais s'était néanmoins retrouvé dans certains aliments.* ». In **Olivier GODARD**, **Claude HENRY**, **Patrick LA-GADEC**, **Erwann MICHEL-KERJAN**, *Traité des nouveaux risques. Précaution, crise, assurance*. Editions Gallimard, 2002. Collection Folio/Actuel, pp. 523 et 524.

l'espace social. Pour les uns, en l'occurrence, les promoteurs de l'utilité sociale et sanitaire des organismes vivants génétiquement modifiés, les bioconversions agropastorales obtenues par transgénèse ouvrent la voie nécessaire pour assurer à l'humanité tout entière sa sécurité alimentaire. D'après ces promoteurs des OGM dans l'agriculture et l'alimentation, les données actuelles de la démographie dans tous les pays du monde entier faisant état d'une augmentation exponentielle de la population mondiale et, dans le même temps, d'une baisse des capacités de production agricole, alors le développement et la maîtrise des OGM pourraient rapidement s'imposer comme une solution préventive du risque croissant de l'insécurité [431] alimentaire. Mais pour les autres, notamment les réseaux de lutte contre la dissémination des OGM, les bioconversions de l'agriculture transgénique auraient le potentiel même de compromettre gravement la pérennité de la biodiversité et de nuire par voie de conséquence à la sécurité alimentaire. Pour ces réprobateurs des promoteurs de l'introduction des organismes vivants génétiquement modifiés dans l'agriculture et l'alimentation, l'incertitude <sup>671</sup> scientifique des effets irréversibles de la contamination des OGM sur l'écosystème devrait plutôt appeler à la prudence afin de préserver le patrimoine végétal du pays, indispensable pour le développement de ses activités agropastorales dont la fonction est si vitale pour la sécurité alimentaire et, par suite, pour la possibilité pérenne de toute vie sur terre. En toute hypothèse, la promotion et la réprobation des OGM soulèvent en l'espèce une seule et même question : celle de la sécurité sanitaire et alimentaire. En effet, les promoteurs des OGM qui considèrent que les bioconversions agri-

<sup>671</sup> C'est le constat souligné notamment par la Ligue de défense du consommateur au Bénin (LDCB) qui considère que : « (...) Dans les pays en voie de développement), les O.G.M. et aliments transgéniques sont en train d'être imposés au consommateur avant même que la société civile ne réagisse face aux multiples inconnus liés aux nouvelles biotechnologies. Le véritable danger est qu'avant que l'innocuité des OGM soit établie, certains O.G.M., interdits dans des pays développés, sont introduits déjà dans la sous région, notamment au Togo et probablement, (qui peut prouver le contraire en effet ?) au Bénin ! En effet, « AMIS DE LA TERRE », une ONG internationale a dû écrire au Ministre togolais du commerce pour attirer son attention sur la présence sur le sol togolais du maïs Starlink, une céréale transgénique interdite de consommation aux États-Unis ! ». ». Cf. **LDCB**, « Les OGM en question », publication non datée de la Ligue de Défense du Consommateur au Bénin (LDCB), p. 6.

coles et transgéniques sont une solution pour lutter contre les ravageurs des semences et, pour ainsi dire, accroître les rendements agricoles, défendent en réalité une idée de sécurité alimentaire sur fond de sûreté des productions agricoles. De même, les réprobateurs pour lesquels, les OGM sont une menace certaine pour la biodiversité et la santé du patrimoine agricole du pays défendent une idée de sûreté de l'environnement et de la santé de l'humain sur le terrain d'une biosécurité nécessaire, et par ailleurs, garante de la sécurité alimentaire. Michel Callon et alii faisaient notamment remarquer non sans un brin d'humour que si : « *Les chercheurs croient qu'un mouton est un mouton ; les éleveurs savent bien qu'une telle tautologie est une grossière erreur (...). Tout oppose notre homme de science au profane, qui en est l'antithèse parfaite. L'homme du commun est pris dans le monde, au milieu du monde, incapable de s'arracher aux intérêts qui le cerrent ; il [432] est condamné à ne produire que des savoirs pratiques, ceux qui lui sont utiles pour maîtriser son environnement quotidien : il est submergé par les sensations qui l'envahissent, et vis-à-vis desquelles il est incapable d'esprit critique : il les réfléchit plus qu'il n'y réfléchit, les mettant en forme, les classant selon des catégories dont seule compte l'efficacité pratique. L'homme du commun ne prend pas de distance, il est pris dans des routines, enseveli sous l'ordinaire du quotidien.* » <sup>672</sup>.

Ainsi, les conceptions sociales et scientifiques autour de l'enjeu que représentent l'importation et l'utilisation des OGM ou de leurs dérivés dans l'espace public mettent finalement en exergue les différentes stratégies sociales pour assurer la sécurité sanitaire et alimentaire. Face au discours de l'innovation scientifique et agronomique prôné par la communauté des promoteurs des produits ou aliments transgéniques et parmi lesquels figurent de grandes entreprises multinationales, s'érige un discours de la prudence et de la précaution <sup>673</sup> servi par

<sup>672</sup> Michel CALLON, Pierre LASCOUMES, Yannick BARTHE, *Agir dans un monde incertain*. Essai sur la démocratie technique, Collection « La couleur des idées », op. cit., pp. 135, 145 et 146.

<sup>673</sup> Pour Olivier GODARD, la précaution, malgré une pluralité de sens juridique, correspond : « *Au premier degré (...) à l'idée simple qu'il peut être légitime de prendre des mesures de prévention de certains risques (limitation ou interdiction de certaines activités ou techniques, obligation de suivre certaines procédures) même en l'absence de certitudes scientifiques sur les relations de*

les réprobateurs agissant alors pour le compte de la société civile et des consommateurs. Les premiers – promoteurs d’une agronomie transgénique – voient dans l’incertitude pragmatique de leurs réprobateurs une attitude de l’acteur profane plutôt rétrograde et hostile à l’innovation agronomique ou biologique, au progrès scientifique et au savoir savant. Les seconds – réprobateurs inconditionnels de ces promoteurs d’une agriculture transgénique – voient naturellement dans la certitude biotechnique de l’acteur scientifique, un comportement d’autant à risque pour la sécurité alimentaire que persiste encore l’absence d’informations suffisantes et de garanties scientifiques sur l’innocuité des OGM pour l’homme et son environnement. Ulrich Beck affirmait pour sa part que : « (...) Dès lors que les gens ressentent les risques comme réels, ils sont réels. Mais s’ils sont réels, alors ils bouleversent l’édifice des attributions sociales, politiques et économiques. Une fois que l’on a reconnu [433] l’existence de risques liés à la modernisation, on voit se former sous la pression des dangers grandissants une étrange charge explosive. On se met subitement à poser des limites à ce qui hier encore était possible : si l’on continue aujourd’hui à banaliser le dépérissement de la forêt, on s’expose à être publiquement accusé de cynisme. La « pollution acceptable » se transforme en « intolérables sources de danger ». Ce qui autrefois se situait au-delà des possibilités d’intervention politique entre désormais dans la sphère d’influence de la politique. » <sup>674</sup>.

Le discours savant ou expertal s’évertue, en l’espèce, pour justifier par l’innovation biotechnique la nécessité sociale de repousser constamment les limites <sup>675</sup> des capacités productrices de l’homme et de la

---

*causalité impliquées dans la réalisation du risque, ou sur l’étendue et la gravité des dommages que cette dernière entraînerait.* ». In **Olivier GODARD**, (dir.), *Le Principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, op. cit., pp. 41-42.

<sup>674</sup> **Ulrich BECK**, *La société du risque. Sur la voie d’une autre modernité*. Paris : Editions ALTO Aubier, op. cit., pp. 141-142.

<sup>675</sup> **Jacques DUFRESNE** professait justement cette philosophie sur la question de la santé liée au progrès scientifique et technique : « *Sans analgésiques, sans antibiotiques et sans tranquillisants, les hommes d’autrefois devaient toujours être cloués à la terre par une quelconque souffrance, qui leur rappelait ainsi leurs limites. Par opposition, comment ne pas supposer que la foi actuelle dans le progrès, dans la puissance illimitée de l’homme résulte du fait que ce dernier a eu récemment accès à de longues périodes de bien-être continu.* »

nature dans le seul intérêt vital et économique de l'humain alors que le discours profane émet ses réserves pratiques par la nécessité morale d'une bioéthique absolue en préférant plutôt la sécurité du monde biologique et parfaitement connu à l'insécurité probable et irréversible d'un monde transgénique et totalement inconnu. Pour le discours profane, il vaudra toujours mieux dépendre encore de la nature et de ses caprices réversibles – car la nature fait toujours bien ses choses – plutôt que d'avoir à dépendre totalement de la science expérimentale et de ses ratés possibles mais irréversibles notamment dans ce domaine sensible de la biosécurité et de la sécurité alimentaire. Les conceptions sociales, populaires voire scientifiques de la menace sanitaire des semences et aliments transgéniques représentées notamment par les mouvements consuméristes et contestataires <sup>676</sup> de la société civile, [434] développent une certaine idée de l'angoisse collective de voir les sociétés contemporaines évoluer finalement vers un nouveau monde de dépendance ou de déterminisme social et existentiel non plus envers la « mère nature » mais à l'égard de la science expérimentale et des sociétés multinationales de la consommation capitaliste <sup>677</sup>.

---

*On se croit immortel et tout-puissant quand on ne souffre pas. C'est une autre façon d'expliquer pourquoi la santé, la technique et l'État sont liés en profondeur dans le monde actuel.* ». Cf. **Jacques DUFRESNE**, « L'impératif écologique », in **Jacques DUFRESNE**, **Fernand DUMONT** et **Yves MARTIN**, (dir.), *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie*. Chapitre 41, pp. 811-832. Québec : Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC) et les Presses universitaires de Lyon (PUL), 1985, [en ligne], texte disponible dans « Les Classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 10 janvier 2010], p. 33.

<sup>676</sup> À en croire la Ligue de défense du consommateur au Bénin (LDCB) : « *Encore rares sont les Institutions et ONG qui entreprennent des actions sur les O.G.M. et qui les médiatisent. On peut citer l'ONG 'GRAIN' (Action Internationale pour les Ressources Génétiques), Nature Tropicale ONG (à travers le FORUM BIODIVERSITE DU BENIN), le Réseau National pour une Gestion Durable des Ressources Génétiques (JINUKUN), la LDCB (Ligue pour la Défense du Consommateur au Bénin) de même que le Ce.R.Ge.T. (Centre de Recherche pour la Gestion de la Biodiversité et du Terroir).* ». Cf. **LDCB**, « Les OGM en question », publication non datée de la Ligue de Défense du Consommateur au Bénin (LDCB), op. cit., p. 11.

<sup>677</sup> Selon la Ligue de défense du consommateur au Bénin (LDCB) qui souligne en ces termes les impacts probables de l'utilisation des OGM dans l'agriculture locale : « *Les semences transgéniques sont souvent vendues dans le cadre de*

C'est également dans cette perspective qu'Ulrich Beck considéra que : « *La société du risque recèle donc de nouvelles sources de conflits et de consensus. La nécessité de se prémunir du risque vient remplacer la nécessité de se prémunir de la pénurie.* » <sup>678</sup>.

Ainsi, le discours profane des réprobateurs de l'utilisation commerciale et agronomique des OGM investit facilement le champ sémiotique du registre apocalyptique de la menace sanitaire et sécuritaire des produits transgéniques. Le discours scientifique se veut quant à lui rassurant en évoquant l'intérêt de la biotechnologie émergente pour l'avancée des connaissances scientifiques et pour leur utilité sanitaire puis sociale notamment dans la découverte des thérapies géniques <sup>679</sup> – médicaments et vaccins – et le développement des semences transgéniques résistantes à l'invasion des insectes ravageurs. D'après certaines [435] estimations statistiques relevées par la Direction de l'environnement du gouvernement togolais : « *Le but poursuivi par la biotechnologie moderne et les OGM est d'obtenir des variétés, des races ou des produits plus performants. En 2001, quatre*

---

*CONTRATS qui interdisent aux agriculteurs de conserver des semences pour de futurs semis... De toutes les façons, avec l'utilisation de la technologie du TERMINATOR, ils n'auraient plus de choix... On observe déjà la substitution dans les pays voisins du Bénin (Burkina-Faso, Mali) du coton ordinaire par du coton transgénique. Considérant le poids du coton dans l'économie de nos pays, et vu que les semences sont produites par des multinationales surtout préoccupées par la recherche du profit, l'utilisation de ces semences pourrait engendrer l'effondrement de cette filière et par ricochet de toute l'économie des pays producteurs (...). La complexité des techniques et leur mise en œuvre, leur degré de technicité et leur coût exorbitant ne peuvent qu'accélérer la marginalisation des petits agriculteurs. Quoique les pays en voie de développement soient, à priori, ceux qui devraient le plus profiter des applications du Génie Génétique, ils risquent pourtant, paradoxalement, d'être les grands perdants de la révolution génétique en cours... ». Cf. LDCB, « Les OGM en question », publication non datée de la Ligue de Défense du Consommateur au Bénin (LDCB), op. cit., p. 8.*

<sup>678</sup> Ulrich BECK, *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris : Editions ALTO Aubier, op. cit., p. 86.

<sup>679</sup> Tout comme le rappelle Aurélien AUDOUZE : « La thérapie génique vise à introduire dans les cellules humaines un gène étranger, le transgène, pour remplacer un gène anormal responsable d'une pathologie. ». Cf. Aurélien AUDOUZE, *Le brevet à l'épreuve de l'accès aux soins. Biotechnologies de santé. Pays du Sud. Thèse de doctorat en science politique, Université des sciences sociales de Toulouse, 2008, p. 109.*

*cultures dominaient le marché mondial des OGM. Il s'agit du soja (63% de l'ensemble des plantes OGM), du maïs (19%), du coton (13%) et du colza (5%). Les plus grands producteurs de cultures transgéniques en 2001 sont, en fonction des surfaces cultivées : les USA (67,8%), l'Argentine (22,4%), le Canada (6%) et autres pays (3,6%), avec une progression de +19%. La surface mondiale consacrée à l'ensemble des cultures transgéniques a augmenté de plus de 40% ; passant de 10,9 millions d'hectares en 1997 à 52,6 millions d'hectares en 2001. Les principales espèces concernées sont : le maïs, le soja, le colza, le coton, le tabac et les légumes. » <sup>680</sup>.*

Néanmoins, la peur que ces avancées biotechnologiques suscitent dans l'imaginaire collectif n'est pas seulement biosécuritaire mais aussi économique. En effet, les réprobateurs, défenseurs de la biodiversité, craignent également de voir s'établir en matière de production semencière et agricole une nouvelle dépendance <sup>681</sup> postmoderne des

---

<sup>680</sup> République togolaise, Ministère de l'Environnement et des Ressources Forestières, Direction de l'Environnement, « Cadre national de biosécurité Togo », Projet N° GF/2716-02-4387 « Mise en place du cadre national de Biosécurité », décembre 2004, page préliminaire V.

<sup>681</sup> Le même constat des impacts socioéconomiques de l'adoption, en l'occurrence, du coton transgénique (Bt) est ainsi souligné par la Commission de l'UEMOA : « *Le problème du coût des intrants et des semences prend en compte des frais de technologie absents pour les semences traditionnelles. Ces frais correspondent à des droits d'utilisation du gène et de la technologie employés par l'industrie agronomique pour produire les semences, tous deux protégés par des brevets. Par exemple en Afrique de l'Ouest ces frais s'élèvent à plus de 40 euros/ha (GRAIN, 2004), même si le coton Bt arrive à diminuer de moitié l'épandage d'insecticides, les frais totaux dépasseront amplement les coûts associés au traitement du coton conventionnel. La situation est semblable en Afrique du Sud, où, selon un rapport de PAN Germany ([www.pan.Germany](http://www.pan.Germany)), le prix des semences est deux fois plus élevé pour les variétés Bt que pour les variétés conventionnelles, et n'est pas compensé par une réduction suffisante des insecticides et autres intrants employés (Elfrieda P., 2005). La contractualisation entre les firmes semencières et les producteurs pour l'approvisionnement en semences pose problème. En effet un contrat entre Monsanto et les producteurs de coton Bt stipule l'interdiction pour ces derniers de conserver leurs semences pour les réutiliser, ou de donner des semences à d'autres producteurs. Par conséquent les graines ne peuvent en théorie être achetées qu'à Monsanto, qui décide des prix. Cette pratique consiste à accroître la dépendance des producteurs pour les semences. ».* Cf. **Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), La Com-**

sociétés du Sud pour la plupart non [436] manufacturières aux puissantes entreprises multinationales du Nord fortement industrialisé. Dans l’imaginaire collectif de ces réprobateurs méfiants vis-à-vis des cultures à base de semences transgéniques, c’est l’avenir des populations entières des pays du Sud qui serait hypothéqué car, en abandonnant les semences traditionnelles au profit de ces semences transgéniques brevetées, ces pays développeraient alors une nouvelle forme de dépendance aux firmes semencières à l’instar de celle avec les firmes pharmaceutiques <sup>682</sup>. De la sorte, les pays du Sud et notamment les plus pauvres d’entre eux se verront à nouveau tributaires des politiques internationales d’accessibilité des semences transgéniques comme ils le sont déjà, non sans difficultés, des médicaments de spécialité ou leurs génériques. Tel est, en effet, le fondement politique et socioéconomique de l’opposition souvent tribunitienne des réprobateurs face aux demandes de vulgarisation rurale des promoteurs de cultures transgéniques. Ulrich Beck l’avait déjà souligné sans doute à bon escient en affirmant que : « *Le développement de la société du risque s’accompagne de l’apparition d’oppositions entre ceux qui sont exposés aux risques et ceux qui en profitent.* » <sup>683</sup>.

Les deux acteurs de ces stratégies techniques ou organisationnelles, notamment pour la sécurité sanitaire et alimentaire, sont organisés, somme toute, en réseaux de puissance d’action commerciale et

---

**mission, Programme Régional de Biosécurité en Afrique de l’Ouest**, « Cadre de Gestion Environnementale et Sociale pour la biosécurité (CGES) », version finale du 29 décembre 2010, p. 24. Selon cette même publication de la Commission : « *Le coton Bt est une plante exprimant un insecticide de protéine cristallisée à partir des gènes issus du Bacillus thuringiensis (Bt).* ».

<sup>682</sup> Dans la même perspective, **Aurélien AUDOUZE** présupposait, à juste titre, que : « *Du fait de leurs potentialités dans le domaine de la pharmacie et de la santé, et donc des espoirs thérapeutiques qu’elles suscitent légitimement ou non, les innovations biotechnologiques révèlent davantage l’ampleur des disparités sanitaires entre pays du Nord et pays du Sud et font apparaître comme plus ardente encore, au nom d’ « une morale de solidarité avec ceux qui souffrent », l’obligation d’y porter solution, celle-ci pouvant sembler plus évidente car devant résulter de l’innovation biotechnologique et pharmaceutique.* ». Cf. **Aurélien AUDOUZE**, *Le brevet à l’épreuve de l’accès aux soins. Biotechnologies de santé. Pays du Sud. Thèse de doctorat en science politique, Université des sciences sociales de Toulouse*, 2008, op. cit., p. 61.

<sup>683</sup> **Ulrich BECK**, *La société du risque. Sur la voie d’une autre modernité*. Paris : Editions ALTO Aubier, op. cit., p. 84.

politique pour les uns, et de pouvoir de pression sociale pour les autres, aussi bien dans l'arène des politiques publiques nationales que sur la scène internationale afin d'influencer, dans un sens ou dans l'autre, l'arbitrage politique ou l'intervention salutaire des décideurs publics. Ce faisant, la société du risque, en se développant partout sur ses acquis économiques et capitalistes voit émerger, en même temps et face à elle, la société de la peur, [437] apocalyptique ou non, modérée ou pas, mais toujours agissante pour que prévale, en tous lieux de la production industrielle, la tempérance nécessaire entre la peur exaltée de la menace du risque et le goût exacerbé du profit marchand. Dans ce contexte socioéconomique, l'institution étatique en s'imposant à tous s'affirme alors comme seule instance légitime de médiation sociopolitique des intérêts collectifs parfois contradictoires de la société civile devant l'essor contemporain des innovations biotechniques propres à la société du risque. Mahamadé Savadogo l'entend clairement ainsi : « *La principale règle autour de laquelle se forment les mouvements constitutifs de la société civile est l'intérêt. Dans la logique de la société civile, les hommes n'entrent pas en relation parce que la vie collective leur semble bonne en elle-même, mais parce qu'ils ont besoin l'un de l'autre pour parvenir à satisfaire leurs désirs (...). La confrontation avec l'autorité étatique n'engendre néanmoins pas automatiquement la reconnaissance d'une démarcation entre le domaine de l'État et celui de la société civile. Il est possible de considérer l'institution étatique comme une forme de prolongement de la rivalité entre les associations d'intérêts qui composent la société civile. Loin d'être une force qui se soumettrait à la collectivité en la transcendant, l'État, dans cette perspective, reste un instrument au service des groupes sociaux nés de la division des tâches indispensables à toute vie collective.* » <sup>684</sup>.

---

<sup>684</sup> Mahamadé SAVADOGO, « État et société civile » pp. 533-552, in Josiane BOULAD-AYOUB et Luc BONNEVILLE, (dir.), *Souverainetés en crise*, Collection : Mercure du Nord. Québec : L'Harmattan et Les Presses de l'Université Laval, 2003. [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 27 avril 2011], pp. 8 et 9.

[438]

***B\*) Action publique  
et cadre de régulation juridico-politique  
des risques biotechnologiques modernes***

[Retour à la table des matières](#)

Les progrès de la biotechnique fascinent autant qu'ils inquiètent dans l'opinion publique. Ainsi, en réponse aux appels incessants de la société civile pour une régulation transparente des OGM et de leurs produits dérivés, l'action publique a fait le choix d'une précaution maximaliste mais transitoire sous forme de moratoire sur l'importation et l'utilisation des OGM, si seulement si, leur innocuité pour la santé de l'homme et de l'environnement n'est encore prouvée à partir des connaissances scientifiques et techniques disponibles. Autrement dit, la réaction politique et juridique des pouvoirs publics n'a guère consisté dans l'interdiction pure et simple de l'importation et l'utilisation des OGM et produits dérivés mais dans la suspension stricto sensu de leur importation et manipulation dans l'espace public tant que la preuve de leur innocuité n'a pas été rapportée scientifiquement et techniquement. Dès lors, il apparaît a contrario que les OGM et leurs dérivés pourraient légalement circuler dans l'espace public et ce faisant, en toute connaissance de cause, dans la mesure où les connaissances scientifiques et techniques auraient établi qu'ils ne représentent aucunement une menace sanitaire pour l'homme et la diversité biologique. Le principe de précaution qui inspire cette approche de la prévention maximaliste des risques biotechnologiques modernes découle de la Convention pour la conservation et l'utilisation durable de la Diversité Biologique (CDB) de Rio 1992 et du Protocole de Cartagena sur la prévention des risques Biotechnologiques (PCB) <sup>685</sup>. L'appropriation de ces instruments juridiques internationaux par l'État béninois est aussi la preuve d'un engagement politique

---

<sup>685</sup> **Secrétariat de la Convention sur la diversité biologique** (2000). Protocole de Cartagena sur la prévention des risques biotechnologiques relatif à la Convention sur la diversité biologique : texte et annexes. Montréal : Secrétariat de la Convention sur la diversité biologique, op. cit. Voir également un extrait du PCB dans l'encadré n°6 de l'annexe 2.

des pouvoirs publics pour préserver l'équilibre symbiotique des ressources naturelles du pays, c'est-à-dire la sécurité sanitaire de la diversité biologique. Dans son document de stratégie nationale pour la protection de la biodiversité, le gouvernement béninois soulignait notamment que : « (...) *Le problème majeur que connaît le Bénin en matière de Diversité Biologique est : la [439] dégradation persistante des réserves de la diversité biologique malgré les efforts de conservation consentis et les stratégies sectorielles développées.* » <sup>686</sup>.

La mise en œuvre de cet engagement politique est confiée à un comité interministériel ad hoc, le Comité national de biosécurité (CNB) <sup>687</sup> dont la structure hétéroclite comprend des membres rele-

<sup>686</sup> République du Bénin, Ministère de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme (MEHU) & Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), « Stratégie nationale et plan d'action pour la conservation de la diversité biologique », mars 2002, p. 53.

<sup>687</sup> La **Direction de l'Environnement** rappelle en effet que : « (...) *Le gouvernement du Bénin a adopté le décret n°2004-293 du 20 mai 2004 portant création attributions et fonctionnement du Comité National de Biosécurité (CNB) auquel a été confié un rôle déterminant dans la gestion des OGM. Le Ministre de l'environnement, autorité compétente, devra proposer un correspondant national chargé d'assurer au nom de l'autorité compétente la liaison avec le Secrétariat de la CDB. L'autorité compétente nationale sera chargée du suivi, de la surveillance et du contrôle de l'application de la loi relative à la Sécurité en Biotechnologie Moderne au Bénin. Cette autorité compétente aura les pouvoirs et les tâches suivants : définir les critères, les normes, les indications et les règles nécessaires à l'application des objectifs de la réglementation au Bénin ; tenir compte des recommandations et des indications du Comité national de biosécurité lors des délibérations relatives à l'importation, au transit, à l'utilisation confinée, à la dissémination ou à la mise sur le marché d'organismes génétiquement modifiés et produits d'OGM ; assurer l'établissement des comités sur la biosécurité dans les institutions concernées ou nommer des groupes ou conseils d'experts indépendants si nécessaires qui serviront de conseillers techniques ou scientifiques sur les sujets relatifs à la biosécurité ; surveiller de manière continue les organismes génétiquement modifiés et les produits d'OGM et, lorsque l'un d'entre eux est suspecté de poser un risque sérieux à la santé humaine et à l'environnement, d'interdire le transit sur le territoire national et de le notifier à travers le Clearing House (Centre d'échange pour la prévention des risques biotechnologiques) ; informer le Secrétariat de la CDB si nécessaire ; garder et mettre à la disposition du public en cas de demande ; une banque de données sur les OGM et les produits d'OGM destinés à des fins d'utilisation directe comme l'alimentation, les pâtures ou autre traitement... ». Cf. **Ministère de***

vant des organisations gouvernementales et non gouvernementales. Le CNB dont le modèle de fonctionnement privilégie la gouvernance en réseau par des acteurs publics et privés est compétent pour formuler des recommandations en matière du respect de la biodiversité. Il élabore les normes collectives de biosécurité et définit les procédures adéquates pour leur mise en œuvre. La politique de l'État béninois dans ce domaine de prévention des risques biotechniques liés à la dissémination des OGM est, en substance, de construire un espace socioéconomique et agropastoral toujours compatible avec l'utilisation sans danger de ces produits transgéniques. Cette politique de l'utilisation sans danger ou de précaution maximaliste à l'égard des OGM entre naturellement dans le domaine d'application du Protocole de Cartagena dont l'article premier dispose, en effet, que : « Conformément à [440] *l'approche de précaution consacrée par le Principe 15 de la Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement, l'objectif du présent Protocole est de contribuer à assurer un degré adéquat de protection pour le transfert, la manipulation et l'utilisation sans danger des organismes vivants modifiés résultant de la biotechnologie moderne qui peuvent avoir des effets défavorables sur la conservation et l'utilisation durable de la diversité biologique, compte tenu également des risques pour la santé humaine, en mettant plus précisément l'accent sur les mouvements transfrontières.* » <sup>688</sup>.

Ainsi, cette approche par la précaution appliquée à la gestion des risques biotechniques au Bénin, conditionne l'utilisation et la commercialisation des OGM à un système d'autorisation formelle des organes décisionnels compétents, lesquels délibèrent, en toute connaissance de cause, sur la base des informations techniques ou scientifiques disponibles par rapport à leur innocuité. Néanmoins, la surveillance et la planification efficaces des politiques publiques de biosécu-

---

**l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme, Direction de l'Environnement**, « Cadre national de biosécurité et plan d'actions du Bénin », Projet : N° GF/2716-01-4319 : Développement du Cadre National sur la Biosécurité, pp. 15-16 hors pages préliminaires, publication non datée.

<sup>688</sup> Protocole de Cartagena, article 1<sup>er</sup> cité par : **Ministère de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme, Direction de l'Environnement**, « Cadre national de biosécurité et plan d'actions du Bénin », Projet : N° GF/2716-01-4319 : Développement du Cadre National sur la Biosécurité, p. 18 hors pages préliminaires, op. cit.

rité notamment en matière de contrôle et de détection des organismes vivants génétiquement modifiés requièrent des conditions de capacités institutionnelles et techniques qui, en l'espèce, sont encore loin d'être remplies par les structures décisionnelles compétentes. Par conséquent, cette impéritie structurelle ne permet pas véritablement à l'action publique et aux techniques de gouvernance qu'elle impulse d'assurer concrètement un suivi opérationnel et effectif du moratoire sur l'importation, sauf autorisation préalable <sup>689</sup> en connaissance de cause, des OGM comme de leurs dérivés agro-alimentaires sur le marché interne. Ce contexte local [441] d'impéritie caractéristique des institutions publiques ou techniques de maîtrise et de surveillance de la biosécurité au Bénin est d'autant aggravé que la porosité des frontières de l'État ne permet pas d'éliminer toutes les sources plausibles de contamination ou de risque en provenance des États limitrophes comme le Burkina-Faso qui a opté pour la production et la commercialisation du coton transgénique sur son territoire. En effet, l'approche de précaution contenue dans le PCB, (Protocole de Cartagena sur la prévention des risques biotechniques) n'impose pas d'obligation immuable aux États parties de la CDB, (Convention sur la Diversité Biologique) ratifiée tant par le Bénin (juin 1994) que le Burkina-Faso (septembre 1993) mais leur reconnaît la faculté potestative de prendre chacun toute mesure de précaution autant qu'on peut l'apprécier dans le paragraphe 6 de l'article 10 du PCB selon lequel : « *L'absence de certitude scientifique due à l'insuffisance des informations et connaissances scientifiques pertinentes concernant l'étendue des effets défavorables potentiels d'un organisme vivant modifié sur la*

---

<sup>689</sup> En effet, l'article 7 du PCB introduit une procédure d'accord préalable en connaissance de cause et dont le paragraphe 4 délimite le champ d'application ainsi qu'il suit : « *La procédure d'accord préalable en connaissance de cause ne s'applique pas aux mouvements transfrontières intentionnels des organismes vivants modifiés qui, dans une décision de la Conférence des Parties siégeant en tant que Réunion des Parties au Protocole, sont définis comme peu susceptibles d'avoir des effets défavorables sur la conservation et l'utilisation durable de la diversité biologique, compte tenu également des risques pour la santé humaine.* ». Cf. **Secrétariat de la Convention sur la diversité biologique** (2000). Protocole de Cartagena sur la prévention des risques biotechnologiques relatif à la Convention sur la diversité biologique : texte et annexes. Montréal : Secrétariat de la Convention sur la diversité biologique, op. cit., p. 6.

*conservation et l'utilisation durable de la diversité biologique dans la Partie importatrice, compte tenu également des risques pour la santé humaine, n'empêche pas cette Partie de prendre comme il convient une décision concernant l'importation de l'organisme vivant modifié en question (...) pour éviter ou réduire au minimum ces effets défavorables potentiels.* » <sup>690</sup>. De même le 4<sup>e</sup> paragraphe de l'article 2 du PCB dispose que : « *Rien dans le présent Protocole ne doit être interprété comme restreignant le droit d'une Partie de prendre des mesures plus rigoureuses pour la conservation et l'utilisation durable de la diversité biologique que celles prévues par le Protocole, à condition qu'elles soient compatibles avec l'objectif et les dispositions du Protocole et en accord avec les autres obligations imposées à cette Partie par le droit international.* » <sup>691</sup>.

Ainsi, la mise en œuvre par les gouvernements de l'approche de précaution qui découle de ces instruments juridiques internationaux dépend finalement de la libre [442] appréciation, en fonction des circonstances locales, des États parties à la CDB de Rio 1992. Cette réglementation internationale sur la protection de la biodiversité, peu contraignante sur l'approche <sup>692</sup> du principe de précaution par les

---

<sup>690</sup> Protocole de Cartagena, article 10, une citation du **Ministère de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme, Direction de l'Environnement**, « Cadre national de biosécurité et plan d'actions du Bénin », Projet : N° GF/2716-01-4319 : Développement du Cadre National sur la Biosécurité, op. cit., ibidem.

<sup>691</sup> **Secrétariat de la Convention sur la diversité biologique** (2000). Protocole de Cartagena sur la prévention des risques biotechnologiques relatif à la Convention sur la diversité biologique : texte et annexes. Montréal : Secrétariat de la Convention sur la diversité biologique, op. cit., p. 3. Voir également dans l'annexe 2, l'encadré n°6.

<sup>692</sup> Cette approche de la précaution appliquée aux produits transgéniques est différente d'un pays à l'autre tout comme le rappelle, en effet, la Commission de l'UEMOA : « [Le Bénin] a élaboré un moratoire sur l'introduction des Organismes Vivants Modifiés (OVM) pour favoriser la recherche et les contrôles, en limitant au maximum, pour l'heure, la dissémination libre des plantes transgéniques et leur utilisation dans les aliments. Aussi, l'implication des institutions ou des structures privées est très faible. Les besoins exprimés pour le projet sont l'amélioration des infrastructures et des équipements nécessaires à la détection et à l'identification des OVM. Il sera créé dans les pays, des comités nationaux et des agences de biosécurité, sous l'égide d'un organe réglementaire régional. Le degré de maintien de ces structures déterminera le

États parties, laisse à ces derniers, en fin de compte, une certaine marge de manœuvre pour arbitrer en toute connaissance de cause entre leurs intérêts économiques et une exigence sociale de protection en quelque sorte immarcescible de la diversité biologique. Les tergiversations habituelles des États et de la communauté internationale en matière de protection juridique universelle des ressources forestières par exemple, amenaient déjà Michel Bergès et alii à observer autour de cet enjeu de la sécurité sanitaire de la diversité biologique que : « *Si la gestion et la juridiction des forêts restent éclatées, l'internationalisation de cet objet privilégié de l'ancien patrimoine des États apparaît stimulante pour le paradigme réaliste du redéploiement de la puissance, en raison notamment de l'opposition entre intérêts économiques et intérêts idéologiques qui s'affrontent en la matière. Les forêts constituent bien un enjeu mondial et relèvent de la sécurité globale. Elle relève aussi d'outils d'évaluation et de gestion adéquats.* » <sup>693</sup>.

Dans ce contexte politique de flottement réglementaire national et international, même si le cadre juridique national de gestion de la prévention des risques biotechnologiques modernes liés à la dissémination possible des OGM en Afrique de l'Ouest démontre une réelle volonté politique de protection de la biodiversité [443] puis de la santé humaine et animale, il n'en demeure pas moins que sa cristallisation efficiente ne peut s'affranchir dorénavant de l'action de régulation complémentaire et nécessaire dans l'espace communautaire de l'UEMOA. Dans cette même perspective, et pour fonder tant juridi-

---

*degré de réalisation de bénéfices économiques et de gains en termes de performance et d'efficacité. Le cadre National de Biosécurité est fonctionnel seulement au Burkina Faso. Dans ce pays, le Coton Bt est en diffusion et le Niébé y sera bientôt en expérimentation. Certains pays comme le Mali et le Sénégal vont également expérimenter le Niébé et le coton transgénique bientôt.* ». Cf. **Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), La Commission, Programme Régional de Biosécurité en Afrique de l'Ouest**, « Cadre de Gestion Environnementale et Sociale pour la biosécurité (CGES) », version finale du 29 décembre 2010, op. cit., p. 13.

<sup>693</sup> Michel BERGÈS, Yves LESGOURGUES, Dominique d'ANTIN De VAILLAC, Lysianne GUENNÉGUEZ, François MIMIAGUE, Pascal TOZZI, « Les politiques globales de la Forêt et du Développement durable », pp. 120-132, in Michel BERGÈS, (dir.), *Penser les relations internationales*, Paris, L'Harmattan, op. cit., pp. 129-130.

quement que politiquement cette harmonisation, la Commission de l'UEMOA reconnaît pour sa part que : « *Le Protocole de Cartagena sur la Biosécurité permet aux Pays membres de contracter des accords régionaux visant au respect de leurs obligations dans le cadre dudit Protocole. Les pays de l'UEMOA pourraient mettre en place un système réglementaire régional de Biosécurité qui garantit le respect de leurs obligations dans le cadre du Protocole pour la Biosécurité. Tout système réglementaire régional devrait être en harmonie avec les objectifs du Protocole.* » <sup>694</sup>.

En effet, l'harmonisation communautaire des réglementations nationales sur l'importation et l'utilisation des organismes vivants génétiquement modifiés peut être, parmi d'autres, un moyen efficace de protection de la diversité biologique dans un contexte socioéconomique où les États sont de plus en plus partagés <sup>695</sup> entre le choix de la sécurité des rendements économiques et celui de la biosécurité agro-

<sup>694</sup> Cf. **Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), La Commission, Programme Régional de Biosécurité en Afrique de l'Ouest**, « Cadre de Gestion Environnementale et Sociale pour la biosécurité (CGES) », version finale du 29 décembre 2010, op. cit., documents annexes, p. 88.

<sup>695</sup> Selon la Commission de l'UEMOA qui explique ici les conditions socioéconomiques ayant prévalu à l'adoption définitive en 2010 du CGES : « *Le Burkina Faso a démarré depuis trois ans, avec l'appui de la recherche et du secteur privé, des essais sur le coton transgénique en vue d'obtenir à terme une autorisation de mise sur le marché. L'initiative burkinabé est notamment motivée par des problèmes de résistance des ravageurs aux insecticides chimiques. Au Mali et au Sénégal et dans une moindre mesure au Bénin et au Togo, une partie de la communauté scientifique, certains membres des gouvernements et le secteur privé souhaitent également démarrer des essais au champ du coton transgénique et d'autres cultures alimentaires ou de rente. Or, le cadre réglementaire et institutionnel nécessaire à l'évaluation et la gestion des risques environnementaux, sanitaires et socioéconomiques liés aux biotechnologies modernes est encore embryonnaire dans ces pays et ceux de l'UEMOA en général. Pour cette raison, la plupart des acteurs des pays membres de l'UEMOA, ont exprimé le besoin de disposer d'un cadre réglementaire permettant d'assurer l'utilisation et l'introduction sécurisées des Organismes Vivant Modifiés (OVM), limitant les risques sur la santé humaine et l'environnement.* ». Cf. **Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), La Commission, Programme Régional de Biosécurité en Afrique de l'Ouest**, « Cadre de Gestion Environnementale et Sociale pour la biosécurité (CGES) », version finale du 29 décembre 2010, op. cit., p. 7.

alimentaire. Cette harmonisation communautaire pour une régulation synergique des risques biotechniques et de leurs impacts nocifs probables pour l'environnement puis la santé humaine et animale dans les huit pays membres de l'UEMOA se cristallise à travers le programme régional de biosécurité de l'Union [444] économique et monétaire dans un projet de stratégie commune pour la protection de l'environnement puis la sécurité sanitaire et socioéconomique ainsi dénommé : Cadre de Gestion Environnementale et Sociale pour la biosécurité (CGES) <sup>696</sup>. Ce projet de stratégie commune, le CGES a pour objectif communautaire de renforcer les capacités de contrôle, de surveillance et de décision des pays membres de l'UEMOA afin de leur donner les moyens adéquats pour mieux opérationnaliser sur leur territoire le PCB (Protocole de Cartagena sur la prévention des risques Biotechnologiques). Le CGES délimite, en effet, dans l'espace régional et économique quatre principaux axes d'action ou d'intervention communautaire à savoir : l'identification des impacts environnementaux aux potentiels négatifs pouvant découler de l'utilisation commerciale et de l'expérimentation à des fins scientifiques ou techniques des produits transgéniques, la détermination de leurs impacts socioéconomiques et sanitaires ; l'élaboration des mesures d'évaluation et de gestion de ces impacts ; la mise en place d'un cadre de suivi et d'évaluation de ces mesures ; la création et la facilitation d'un cadre de gestion participative permettant l'information, la concertation puis la participation du public dans les prises de décisions relatives à toute utilisation des organismes vivants génétiquement modifiés. En termes de démocratie participative, Marion Paoletti soutient à juste titre que :

---

<sup>696</sup> D'après la Commission de l'UEMOA : « Le Programme Régional de Biosécurité en Afrique de l'Ouest de l'UEMOA (PRB-UEMOA) est un programme environnemental qui vise essentiellement à combler l'absence de cadre réglementaire et/ou institutionnel régional, et de procédures techniques et administratives pour évaluer et gérer les risques environnementaux, socioéconomiques, et sanitaires liés à l'introduction des OVM et produits dérivés dans l'espace UEMOA. ». Cf. **Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), La Commission, Programme Régional de Biosécurité en Afrique de l'Ouest**, « Cadre de Gestion Environnementale et Sociale pour la biosécurité (CGES) », version finale du 29 décembre 2010, op. cit., documents annexes, p. 75.

« *L'appel à la participation des habitants devient une norme de l'action publique contemporaine* » <sup>697</sup>.

Dans la même perspective, et au nom des valeurs de l'éthique indispensable pour l'exécution de tout programme de santé publique, Raymond Massé qui prône une analyse anthropologique des théories élitiste et participationniste de la légitimité [445] technique ou pragmatique des savoirs populaires remarquait fort justement que : « (...) *La participation active d'une population éclairée par une information de qualité est considérée comme inhérente à une pratique éthique de la santé publique. L'une des valeurs fondamentales considérées comme sous-tendant ces principes est d'ailleurs que « chaque personne dans une communauté doit avoir la possibilité de contribuer au discours public (...). Il est possible de justifier la participation du public en redonnant une crédibilité aux savoirs populaires et à la parole citoyenne. L'élitisme suppose que les citoyens ordinaires ne sont pas outillés pour contribuer de manière significative et pertinente aux processus de prise de décision. Les participationnistes, pour leur part, présupposent que les citoyens, ou tout au moins une fraction significative d'entre eux, disposent d'un savoir pertinent et sont, tout au moins, aptes à être formés à la consultation.* » <sup>698</sup>.

---

<sup>697</sup> **Marion PAOLETTI**, « Démocratiser d'abord », in **Jean TOURNON**, (dir.), *La république antiparticipative : Les obstacles à la participation des citoyens à la démocratie locale*, L'Harmattan, 2009, p. 23.

<sup>698</sup> **Raymond MASSÉ**, « Les fondements éthiques et anthropologiques d'une participation du public en santé publique ». Un article publié dans la revue *Éthique publique*, vol. 7, n°2, 2005, pp. 107-124. Montréal : Les Éditions Liber. [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 23 novembre 2009], pp. 14 et 20. **René DESCARTES** ne disait-il pas la même chose lorsqu'il énonçait dans son *Discours de la méthode* que : « *Le bon sens est la chose du monde la mieux partagée : car chacun pense en être si bien pourvu, que ceux même qui sont les plus difficiles à contenter en toute autre chose, n'ont point coutume d'en désirer plus qu'ils en ont. En quoi il n'est pas vraisemblable que tous se trompent ; mais plutôt cela témoigne que la puissance de bien juger, et distinguer le vrai d'avec le faux, qui est proprement ce qu'on nomme le bon sens ou la raison, est naturellement égale en tous les hommes ; et ainsi que la diversité de nos opinions ne vient pas de ce que les uns sont plus raisonnables que les autres, mais seulement de ce que nous conduisons nos pensées par diverses voies, et ne considérons pas les mêmes choses. Car ce n'est pas assez d'avoir l'esprit bon, mais le principal est de l'appliquer bien. Les plus grandes*

En parlant de responsabilité politique de l'État dans le domaine de la santé publique, Philippe Lecorps et Jean-Bernard Paturet considéraient déjà que : « *La santé publique peut revitaliser un espace démocratique où les sujets s'investissent dans la démarche d'analyse des problèmes et de recherche de solutions. C'est une démarche politique d'humilité, d'ouverture, de questionnement qui peut réintroduire le sujet désirant dans sa responsabilité éthique, dans la construction collective des règles du vivre ensemble, en citoyen responsable.* » <sup>699</sup>.

[446]

Somme toute, l'intégration communautaire (avec le cadre d'harmonisation réglementaire de l'UEMOA) et régionale (à partir de la politique agricole commune de la CEDEAO) présente un double intérêt politique et juridique notamment au-delà même de ses objectifs socioéconomiques et sanitaires pour réguler et donc contrôler durablement les effets négatifs de la mondialisation économique comme en témoignent, hier le marché parallèle des médicaments et, aujourd'hui, le risque émergent de dissémination hors contrôle des organismes vivants génétiquement modifiés. Cette intégration communautaire et régionale peut permettre à l'État béninois, seul État membre de l'Union économique et monétaire à avoir décidé d'un moratoire depuis 2002 sur l'importation et l'utilisation des OGM de faire évoluer son approche du principe de précaution d'une vision essentiellement maximaliste à une position plus médiane <sup>700</sup> en cette matière de ges-

---

*âmes sont capables des plus grands vices, aussi bien que des plus grandes vertus; et ceux qui ne marchent que fort lentement peuvent avancer beaucoup davantage, s'ils suivent toujours le droit chemin, que ne font ceux qui courent, et qui s'en éloignent.* ». In **René DESCARTES** (1637), *Discours de la méthode. Pour bien conduire sa raison et chercher la vérité dans les sciences*, (Première partie). [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 25 novembre 2009], p. 6.

<sup>699</sup> **Philippe LECORPS** et **Jean-Bernard PATURET**, *Santé publique du bio-pouvoir à la démocratie*, Editions de l'École Nationale de la Santé publique, op. cit., p. 114.

<sup>700</sup> **William DAB** défend sans doute au nom du progrès scientifique la même position médiane dans l'application raisonnable du principe de précaution lorsqu'il suggère que finalement : « *Entre l'activisme forcené générateur d'inquiétudes néfastes et l'immobilisme négligent, il convient de trouver l'équilibre qui préservera la santé publique tout en permettant le progrès*

tion des risques biotechnologiques. François Ewald ne disait-il pas enfin, non sans contraste, de la précaution et de sa régulation nécessaire que si : « *La précaution, d'une certaine manière nous fait sortir de l'âge des sociétés assurantielles : elle décrit un monde où, en principe, l'indemnisation n'a plus de sens, la seule attitude rationnelle étant d'éviter la réalisation d'une menace aux conséquences irréversibles. La précaution est une attitude de protection plus que d'indemnisation [...]. La précaution exige sa régulation [...]. En effet, la précaution peut être le pire comme le meilleur des principes. L'adage dit : « Dans le doute, abstiens-toi » ! Précisément, le risque de la précaution est de conduire à l'inaction. Comme le dit l'adage complémentaire : « Trop de précautions nuit ».* » <sup>701</sup>.

[447]

Mais, l'approche de précaution peut-elle donc se justifier dans tous les pays du monde ? Autrement dit, le principe de précaution est-il pertinent voire exportable partout y compris vers les terres rurales où dominent les activités agropastorales ? Il s'agit à travers ces questions liminaires de déterminer dans la suite logique de cette section, lequel des deux notions suivantes conditionne le recours de l'action publique au principe de précaution : les ressources ou le risque ?

---

*technique.* ». Cf. **William DAB**, « Précaution et santé publique. Le cas des champs électriques et magnétiques de basse fréquence » pp. 199-212, in **Olivier GODARD**, (dir.), *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, Editions de la Maison des sciences de l'homme (MSH), Paris, Institut National de la Recherche Agronomique (INRA), op. cit., p. 210.

<sup>701</sup> **François EWALD**, « Le retour du malin génie. Esquisse d'une philosophie de la précaution » pp. 99-126, in **Olivier GODARD**, (dir.), *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, Editions de la Maison des sciences de l'homme (MSH), Paris, INRA op. cit., pp. 124 et 125.

## Titre 2

### Principe de précaution et pays en développement

[Retour à la table des matières](#)

La référence actuelle au principe de précaution est-elle vraiment pertinente dans les pays en développement ? Autrement dit, est-il raisonnable pour le monde en développement de ne pas agir, de s'abstenir de consommer devant l'incertitude de la sécurité et la certitude de sombrer, à défaut, dans l'insécurité alimentaire et, par suite, risquer d'être maintenu sans fin dans les serres de la famine ? C'est en effet le postulat généralement défendu par ceux qui considèrent encore que la faim qui lamine les sociétés en développement ne leur permet certainement pas de brandir la précaution devant l'émergence du risque sanitaire alimentaire même aux conséquences préjudiciables, irréversibles et collectives. Mais, est-il seulement acceptable pour un peuple de s'interdire l'exercice de la prudence collective tout simplement parce qu'il a faim ? Est-il raisonnable de compromettre sa santé et l'équilibre biologique durable de son environnement naturel pour la seule nécessité d'assouvir à tout prix ses besoins trophiques ? Autant dire, et pour se faire encore ici l'écho des appels incessants de la société civile, la faim et la pauvreté ne sauraient interdire l'exercice collectif de la prudence non seulement pour agir par [448] prévention mais aussi pour s'abstenir par précaution. François Grémy <sup>702</sup> reconnaît pour sa part que : « *L'attitude de précaution se présente ainsi comme un moyen au service de la sécurité.* ».

Cette prudence ou cette attitude de précaution s'entend et se justifie ici dorénavant avec l'interdépendance des sociétés du risque qui opèrent, en conséquence, ensemble le passage historique des sociétés

---

<sup>702</sup> **François GRÉMY**, « Dangers, risques, sécurité sanitaire et principe de précaution : les mots et leur sens » pp. 175-197, in **Jean-Daniel RAINHORN** et **Mary-Josée BURNIER**, (dir.), *La santé au risque du marché. Incertitudes à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle*, Paris, PUF, op. cit., p. 195.

de faim vers les sociétés de peur comme le rappelait si bien Ulrich Becken ces termes fort éloquentes : « *Dans la société de classes, la force motrice se résume en une phrase : J'ai faim ! Le mouvement qui est mis en branle dans la société du risque s'exprime, lui, dans la formule suivante : J'ai peur ! La communauté de peur vient se substituer à la communauté de misère. En ce sens, la société du risque est caractéristique d'une époque sociale où se forge une solidarité dans la peur, laquelle devient une force politique.* » <sup>703</sup>.

Ainsi, l'interdépendance des sociétés du risque à l'échelle mondiale appelle nécessairement une solidarité dans la peur également au niveau mondial afin de mobiliser partout au nom de la précaution une action publique plutôt protectrice et salutaire pour l'humain et son environnement face à la menace de dissémination non seulement des bioconversions à risque transgénique mais aussi des risques infectieux<sup>704</sup> émergents dans un contexte mondial grandissant de proximité des peuples, toutes les fois que pourrait prévaloir l'incertitude des connaissances scientifiques et technologiques.

---

<sup>703</sup> Ulrich BECK, *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris : Editions ALTO Aubier, op. cit., p. 90.

<sup>704</sup> Gabriel BLOUIN GENEST souligne notamment que : « *Les questions de santé associées aux maladies infectieuses et virales apparaissent donc intrinsèquement liées à l'espace et au territoire. La conception du monde comme représentant une seule et unique communauté épidémiologique s'est profondément intégrée dans l'imaginaire collectif. La construction de ces imaginaires géographiques spatialisant les menaces chez l'Autre conditionne ainsi de nombreux comportements et pratiques d'exclusion. Le risque d'infection et de pandémie globale pouvant affecter les pays occidentaux a conduit à l'adoption d'une représentation alarmiste de la relation entre les échelles microbienne, nationale et globale.* ». Cf. Gabriel BLOUIN GENEST, Vers une géopolitique critique de la santé : Espace, altérité et maladies infectieuses dans les Relations internationales, École d'Études politiques, Université d'Ottawa. In *Dynamiques Internationales* N°3 juin 2010, p. 15. [En ligne] [www.dynamiques-internationales.com](http://www.dynamiques-internationales.com).

[449]

***A\*) De l'interdépendance croissante des pays du monde  
en situation de mondialisation économique...***

[Retour à la table des matières](#)

Le phénomène de mondialisation est une réalité socioéconomique globale qui s'impose comme telle à l'action de régulation des politiques publiques. Mais que faut-il entendre par mondialisation économique dans nos sociétés contemporaines ? Pour Nathalie Blanc-Noël <sup>705</sup>, la mondialisation est un phénomène complexe et ambigu « porteur d'espoir et de menace » car « elle rapproche et sépare à la fois ». La mondialisation rapproche dans la mesure où elle permet de mettre en contact ou en interconnexion utilitariste des pays et des peuples différents mais qui ont tous pris conscience de leur interdépendance culturelle, économique et politique à la surface du globe. Elle sépare cependant, car, l'interdépendance des ressources du monde tant développé qu'en développement fait aussi prendre conscience de la situation de vulnérabilité propre à chaque peuple du fait même de l'interdépendance également croissante des pays du monde dans les situations mutuelles de risque global. De fait, la mondialisation produit des effets de synergie sociale et d'interaction économique à telle enseigne que toute action planifiée au niveau local est à même d'avoir des répercussions <sup>706</sup> positives ou négatives au niveau global et inver-

<sup>705</sup> **Nathalie BLANC-NOËL**, « Hégémonie et culture dans la mondialisation : trois paradigmes et une exception française. » pp. : 422-442, in **Michel BERGÈS**, (dir.), *Penser les relations internationales*, Paris, L'Harmattan, collection « Pouvoirs comparés », op. cit., p. 423.

<sup>706</sup> **Didier FASSIN** rappelait justement en prélude à ses propositions pour une anthropologie de la santé comme phénomène global que : « *La globalisation est une notion qui vient des sciences de la communication et de l'économie. Les premières se sont attachées, pour s'en réjouir ou au contraire les dénoncer, à en révéler les effets d'homogénéisation, autrement dit d'imposition d'une culture à vocation universaliste. La seconde l'a avant tout caractérisée en termes de circulation, c'est-à-dire de flux de biens et de capitaux (...). L'interdépendance mondiale des déterminants de la santé fait que n'importe quel taux de mortalité ou de morbidité constaté localement, toute situation épidémique ou institutionnelle observée dans un village ou un quartier, résul-*

sement. Ainsi par exemple de la sécurité sanitaire des aliments : tout programme voire n'importe quel problème de salubrité ou de [450] sécurité sanitaire des produits alimentaires destinés à l'exportation peut engendrer des conséquences sociales tant salutaires que nocives loin des lieux de leur production. La mondialisation est donc le constat d'un phénomène global à la fois géopolitique et géoéconomique d'ouverture sociale, politique, économique et culturelle des peuples du monde entier alors désireux de réaliser ensemble dans une dépendance technologique réciproque les nouveaux défis de la production et de la consommation mondiale. Elle promeut tout autant les valeurs du libre-échange contre les derniers remparts du protectionnisme étatique. En effet, comme le soulignait justement Nathalie Blanc-Noël : « *L'ampleur et la rapidité de la mondialisation actuelle ont des conséquences également inédites sur le politique. Elle apporte l'expérience de la contingence des frontières et favorise ce que James Rosenau a appelé la « prolifération des identités » : dans un monde fluide, la congruence entre identité nationale et frontières étatiques a de moins en moins de pertinence et l'on voit apparaître des formes d'identités plurielles qui peuvent entrer en conflit avec les modèles proposés par les États-nations.* » <sup>707</sup>.

Ce à quoi répondait alors Jean-Louis Martres en ces termes pour souligner le caractère relativement cosmétique de cette contingence des frontières nationales, certes transfigurées par les flux et reflux incessants d'une globalisation montante mais si vite reconfigurables par la force militaire ou grâce à la diplomatie et la puissance latente ou

---

*te au moins en partie des relations économiques et politiques internationales (Feierman et Janzen 1992). Qu'il suffise de penser aux répercussions sanitaires des plans d'ajustement structurel en Afrique ou des programmes de flexibilisation des entreprises en Europe.* ». Cf. **Didier FASSIN**, « La globalisation et la santé. Éléments pour une analyse anthropologique » pp. 24-40, in **Bernard HOURS**, (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris : Les Éditions Karthala, 2001, Collection Médecines du monde. [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 14 décembre 2009], pp. 8 et 10.

<sup>707</sup> **Nathalie BLANC-NOËL**, « Hégémonie et culture dans la mondialisation : trois paradigmes et une exception française. » pp. : 422-442, in **Michel BERGÈS**, (dir.), *Penser les relations internationales*, Paris, L'Harmattan, collection « Pouvoirs comparés », op. cit., p. 434.

agissante du phénomène étatique : « *La constatation de l'éclatement du modèle étatique et l'apparition de nouvelles forces organisées dans le monde posent le problème de la puissance dans une autre dimension, celle d'un monde apparemment divisé en une multiplicité d'acteurs, dont il faut savoir si les caractères habituellement accordés à la puissance lui sont encore applicables (...). L'État est statique, figé dans ses frontières. Son but est pourtant d'avoir un rôle extérieur. Il le fait par la force ou la diplomatie, mais ce type d'action est [451] limité. Il faut admettre que si l'État seul est légitime, la puissance nomade existe à l'état latent et n'attend que des conditions favorables pour se manifester.* » <sup>708</sup>.

La mondialisation renvoie donc à un mouvement global de libéralisation de l'économie et des cultures politiques voire ethniques dans lequel se redéfinissent pourtant les nouveaux enjeux de pouvoir et de contre-pouvoir ou encore de quête d'hégémonie commerciale ou technologique des nations et des entreprises de production manufacturière. Cette nouvelle forme de quête d'hégémonie ou de contre-hégémonie des nations et des grandes entreprises multinationales est ainsi décrite en termes de puissance d'innovation technologique par Gilberto Dupas : « *Actuellement, le facteur déterminant de la recherche d'hégémonie et d'affirmation des nations, ainsi que de la lutte pour le leadership des grandes entreprises dans leurs chaînes productives mondiales, est la capacité d'innovation technologique, sur laquelle s'articule et s'organise la production mondiale en quête d'une composition plus efficace des facteurs de production mondiale : travail, capital, connaissance et ressources naturelles.* » <sup>709</sup>.

Dans cette nouvelle économie mondialisée, aucun pays du monde ne peut longtemps s'enfermer sur les acquis de sa production nationale. Tous les pays s'ouvrent ou, à tout le moins, éprouvent le besoin de s'ouvrir les uns aux autres, pour gérer ensemble leur dépendance

<sup>708</sup> **Jean-Louis MARTRES**, « La puissance comme lieu commun des relations internationales » pp. : 68-107, in **Michel BERGÈS**, (dir.), *Penser les relations internationales*, Paris, L'Harmattan, collection « Pouvoirs comparés », op. cit., pp. 71 et 74.

<sup>709</sup> **Gilberto DUPAS**, « Le méta-jeu du pouvoir et le panorama militaire international » pp. : 298-316, in **Michel BERGÈS**, (dir.), *Penser les relations internationales*, Paris, L'Harmattan, collection « Pouvoirs comparés », op. cit., p. 303.

commerciale, énergétique, agricole, médicale, pharmaceutique, biotechnologique, culturelle et dans bien d'autres domaines encore des innovations contemporaines. La mondialisation raccourcit les distances spatiale et temporelle entre les pays du monde entier mais aussi avec les ressources tant naturelles que manufacturières. Un produit halieutique en provenance du Pacifique est rapidement disponible pour être consommé dans tous les pays du globe terrestre. Ainsi, la mutualisation des ressources naturelles, culturelles, manufacturières et technologiques, conduit à la mondialisation de l'économie, laquelle maintient finalement les pays de la planète dans des rapports [452] d'interdépendance mutuelle de plus en plus exacerbée. La mondialisation a donc une dimension environnementale. Dans ce contexte, la protection des ressources intègre, par conséquent, les objectifs sécuritaires et stratégiques des politiques publiques, écologiques et économiques non seulement au niveau local mais aussi à l'échelle globale. C'est le cas des politiques nationales et internationales de préservation des écosystèmes. Le prélèvement anarchique des ressources forestières dans une entité territoriale quelconque est à ce titre ressenti comme susceptible de nuire à l'équilibre symbiotique de tous les écosystèmes de la planète et d'avoir ainsi des répercussions graves sur le développement biotique et durable de la diversité biologique. Partant, la mondialisation est également une inscription écologique dans cet espace territorial global de l'interdépendance économique de tous les pays du monde. La menace du réchauffement climatique et son spectre de millions de sinistrés possibles dits « réfugiés climatiques » dans un proche avenir si des actions hardies ne sont pas entreprises, interpellent dans tous les pays du monde une conscience écologique soutenant plus ou moins des actions de gouvernance inspirées du concept politique et idéologique du développement durable. Dans son analyse géopolitique des relations internationales, Gérard Dussouy estimait déjà que : « *La globalisation implique une approche systémique et multidimensionnelle. Les différentes activités humaines interagissent entre elles et avec leur environnement naturel. Les changements climatiques qui auront des conséquences sur la répartition des hommes et sur leurs relations politiques en sont la démonstration la plus contemporaine.* » <sup>710</sup>.

---

<sup>710</sup> Gérard DUSSOUY, « Pour une géopolitique systémique » pp. : 50-58, in

L'interdépendance écologique des peuples se vérifie non seulement à l'égard des générations présentes mais aussi vis-à-vis des générations futures. Ainsi, l'atteinte des objectifs de développement durable mobilise l'appropriation nationale et internationale d'un impératif nouveau de la responsabilité tant politique des États que sociale des entreprises, à travers différents instruments règlementaires de protection juridique et d'engagement sociétal. Yannick Barthe <sup>711</sup> en donne ici toute [453] la mesure, dans le cas français, en rappelant les dispositions en la matière de l'article premier de la loi n° 91-1381 du 30 décembre 1991 selon lesquelles : « *La gestion des déchets radioactifs à haute activité et à vie longue doit être assurée dans le respect de la protection de la nature, de l'environnement et de la santé, en prenant en considération les droits des générations futures.* ».

En toute hypothèse, la relation d'interdépendance économique et structurelle des nations est, en quelque sorte ici, la traduction cosmétique de l'interdépendance symbiotique des ressources naturelles ou écologiques qu'elles partagent, transforment et, au renouvellement desquelles, elles sont appelées à contribuer. Ainsi, tout risque collectif ou danger susceptible de compromettre durablement et de façon irréversible ces ressources et leur renouvellement naturel ou structurel appelle des actions collectives de contrôle y compris des mesures d'abstention par précaution lorsque l'incertitude scientifique et technique est suffisamment grande.

---

**Michel BERGÈS**, (dir.), *Penser les relations internationales*, Paris, L'Harmattan, collection « Pouvoirs comparés », op. cit., p. 53.

<sup>711</sup> **Yannick BARTHE**, Le pouvoir d'indécision. La mise en politique des déchets nucléaires. Ed. ECONOMICA, 2006, p. 223.

***B\*) À l'internationalisation corrélative  
du principe de précaution en situation  
de contrôle des risques sanitaires collectifs au Sud.***

[Retour à la table des matières](#)

Dans des situations de risques sanitaires collectifs dont il est avéré qu'ils auront des conséquences dommageables graves et irréversibles s'ils venaient à se réaliser, le principe de précaution s'affirme de plus en plus aujourd'hui et partout en tant que principe directeur de l'action publique comme de la responsabilité sociale pour une prévention efficace et mieux adaptée. La précaution investit alors la sphère de l'action publique en vue de parer à l'éventualité de toute situation critique de risque collectif qui poserait de sérieux problèmes sanitaires. Né de la nécessité impérieuse de protéger l'environnement contre les atteintes anthropiques de cette époque assez libérale de la modernité industrielle, le principe de précaution élargit dorénavant son champ d'application à tous les domaines de l'intervention sociale ou politique face à la gestion de l'incertain. Il s'applique comme norme juridique [454] et sociale aux innovations technologiques ainsi qu'à leurs probables impacts sanitaires et environnementaux. Pour François Ewald : « *La précaution réintroduit, au sens propre, la décision en politique, et dans les pratiques de la responsabilité. La vraie décision, c'est-à-dire la décision souveraine [...]. La précaution, qui nous restitue dans un contexte d'incertitude, réintroduit une logique de la décision pure.* » <sup>712</sup>.

Le principe de précaution est donc l'équivalent politique et juridique du principe jonassien de la responsabilité moderne fondée sur la prudence nécessaire de « l'agir humain » et, en tant que tel, il s'adresse à toutes les nations, à tous les pays du globe terrestre. Hans Jonas l'énonce clairement ainsi : « *Agis de façon que les effets de ton*

---

<sup>712</sup> **François EWALD**, « Le retour du malin génie. Esquisse d'une philosophie de la précaution » pp. 99-126, in **Olivier GODARD**, (dir.), *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, Editions de la Maison des sciences de l'homme (MSH), Paris, INRA op. cit., p. 123.

*action soient compatibles avec la Permanence d'une vie authentiquement humaine sur terre* » 713.

Il s'agit-là d'une philosophie moraliste de l'action humaine alors sensibilisée tant socialement, économiquement que politiquement sur ses conséquences telluriennes potentiellement apocalyptiques 714 et donc susceptibles de compromettre la pérennité sur terre du vivant sous ses différents ordres symbiotiques : végétal, animal et, par voie de conséquence, de la possibilité de toute vie humaine. Michel Callon et alii soutenaient l'idée selon laquelle : « *Dans le contexte d'une démarche de précaution, l'incertitude n'exonère pas la responsabilité. Au contraire, elle la renforce en créant un devoir de prudence.* » 715.

Cette responsabilité moderne de l'action humaine vis-à-vis de la terre, vis-à-vis de l'homme lui-même, de son environnement ou de la diversité biologique anime de plus en plus les politiques publiques sur la scène nationale comme [455] internationale. C'est ainsi qu'il faut comprendre la consécration 716, d'une certaine manière, de l'approche

---

713 **Hans JONAS**, *Le principe responsabilité*, Champs Flammarion. Pour la traduction française : les Editions du Cerf, 1990, p. 40.

714 Tout comme l'avait souligné **Ulrich BECK** : « *Les situations d'exposition au risque ne sont plus cantonnées au lieu de leur apparition – l'usine. En raison de leur structure, c'est la vie sur cette terre que les risques menacent, et ce dans toutes ses formes.* ». Cf. **Ulrich BECK**, *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Editions ALTO Aubier, op. cit., p. 40.

715 **Michel CALLON**, **Pierre LASCOUMES**, **Yannick BARTHE**, *Agir dans un monde incertain*. Essai sur la démocratie technique, Collection « La couleur des idées », Editions du Seuil, op. cit., p. 279.

716 Selon **Olivier GODARD**, **Claude HENRY** et alii : « *Le principe de précaution nous vient d'Allemagne, où il s'est affirmé dans les années soixante-et-dix (70) sous le nom de Vorsorgeprinzip, qui signifie littéralement principe de prévoyance. Ce principe combinait alors les idées de planification et d'engagement ferme dans la lutte contre la pollution sans attendre d'avoir des certitudes scientifiques sur les dommages causés à l'environnement. Il a servi à justifier une politique qui demandait à l'industrie d'employer les meilleures techniques disponibles – le critère des Best available technologies (BAT) en droit communautaire y trouve sa source – afin de réduire la pollution de l'air et de l'eau à son niveau le plus faible qui soit techniquement accessible sans mettre en péril l'activité concernée sur le terrain économique (...). Il [le principe de précaution] a bénéficié d'une reconnaissance planétaire lors du Sommet de la Terre réuni à Rio de Janeiro en juin 1992 : il est mentionné dans la Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement, et repris*

de précaution et d'un certain impératif universel de la protection de l'environnement puis de la santé humaine à travers l'élaboration de différentes conventions <sup>717</sup> internationales parmi lesquelles : la CDB, (Convention sur la diversité biologique) de Rio 1992 complétée par le PCB de 2000, (Protocole de Cartagena) ; la Convention de Stockholm sur les Polluants Organiques Persistants signée en 2001 ; la Convention de 1972 sur la prévention de la pollution des mers par l'immersion des déchets et autres matières ; la Convention de Bâle (1989) relative au contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux et de leur élimination ; la Convention de 1994 sur la sûreté nucléaire ; la Convention de Rotterdam (1998) organisant la procédure du consentement préalable en connaissance de cause et relative à certains produits chimiques et pesticides dangereux faisant alors objet du commerce international. La ratification de ces conventions par les États parties manifeste leur entière adhésion aux valeurs universelles de protection de la santé humaine et environnementale qu'elles prônent. L'article premier de la Convention de Stockholm sur les Polluants Organiques Persistants définit ainsi son objectif en disposant que : « *Compte tenu de l'approche de précaution énoncée dans le principe 15 de la Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement, l'objectif de la présente Convention est [456] de protéger la santé humaine et l'environnement des polluants organiques persistants.* » <sup>718</sup>.

Si l'article 27 de la Constitution de la république du Bénin intègre la défense de la protection de l'environnement parmi les droits et devoirs du citoyen, l'article 147 de la loi suprême dispose que : « *Les traités ou accords régulièrement ratifiés ont, dès leur publication, une*

---

*en substance dans les conventions sur le climat et la biodiversité qui ont été adoptées à cette occasion. Il a parallèlement été introduit en droit communautaire européen lors de l'adoption en 1992 du Traité de Maastricht.* ». In **Olivier GODARD, Claude HENRY, Patrick LAGADEC, Erwann MICHELKERJAN**, Traité des nouveaux risques. Précaution, crise, assurance. Editions Gallimard, op. cit., pp. 72-73.

<sup>717</sup> **OMS/Groupe de travail intergouvernemental sur la révision du Règlement Sanitaire International**, A/IHR/IGWG/INF.DOC./1 du 30 septembre 2004, « Examen et approbation des amendements proposés au Règlement sanitaire international : relations avec d'autres instruments internationaux ».

<sup>718</sup> Convention de Stockholm sur les Polluants Organiques Persistants (POP), 2001, article 1<sup>er</sup> : objectif.

*autorité supérieure à celle des lois, sous réserve pour chaque accord ou traité, de son application par l'autre partie »* <sup>719</sup>.

Dès lors, le principe de précaution contenu dans la Convention sur la diversité biologique et le Protocole de Cartagena ratifiés par l'État béninois a, en matière d'environnement et de protection sanitaire, une force de loi conventionnelle qui s'impose aux lois ordinaires. Il a valeur constitutionnelle dorénavant dans la tradition juridique française.

Ainsi, en intégrant des instruments juridiques internationaux qui ont force de loi au niveau national, le principe de précaution s'impose non seulement comme une nouvelle approche juridique de la gestion préventive locale des risques environnementaux, sanitaires et économiques mais aussi comme une vision globale de la responsabilité politique et sociétale des décideurs d'organisations publiques ou privées. Tout comme le rappelait à bon escient Olivier Godard : « *Depuis que le droit international a commencé de s'y référer, le principe de précaution est généralement entendu de la façon suivante : il peut être justifié (version faible) ou il est impératif (version forte), de limiter, encadrer ou empêcher certaines actions potentiellement dangereuses sans attendre que ce danger soit scientifiquement établi de façon certaine. Selon les cas, ce principe peut prendre la forme d'une injonction à agir positivement d'une certaine manière ou au contraire à s'abstenir d'agir.* » <sup>720</sup>.

Les ressources naturelles dont dépend le fonctionnement de toute organisation humaine sont réparties partout sur la surface de la terre et avec elles émerge simultanément, la menace du danger sanitaire, écologique et économique [457] autrement dit la menace du risque de dégradations anthropiques aux conséquences probablement irréversibles pour l'humanité. André Dauphiné admettait déjà que généralement : « (...) *Si l'origine du risque est « naturelle », la catastrophe elle-même est toujours une combinaison de processus physique et d'action humaine. Ces deux composantes se croisent et s'entremêlent. Le risque ne devient catastrophe qu'avec la présence des hommes. Or les sociétés humaines peuvent soit accroître l'ampleur d'un désastre, soit*

<sup>719</sup> République du Bénin, Constitution du 11 décembre 1990, article 147.

<sup>720</sup> Olivier GODARD, (dir.), *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, Editions de la Maison des sciences de l'homme (MSH), Paris, (INRA), op. cit., p. 25.

*au contraire en diminuer les impacts, voire réduire la probabilité de déclenchement du phénomène. »* <sup>721</sup>.

Partant, la question de la référence de l'action publique au principe de précaution dans l'aire territoriale des pays du Sud ou pays pauvres, ne devrait guère se poser en termes de pertinence mais surtout en termes de moyens <sup>722</sup> tant institutionnels, économiques que technologiques pour affermir leurs positions et leurs capacités de contrôle face aux puissantes entreprises multinationales et tant d'autres acteurs de la mondialisation économique. Pour Michel Setbon : « *Un constat s'impose : en matière d'action publique face au risque, plus l'action est précoce, moins elle a de chances d'être fondée sur des connaissances validées dont la production nécessite du temps et de la mobilisation. Le recours au principe de précaution illustre ce besoin d'une action précoce auquel correspond et s'oppose une évidente fragilité de ses fondements. Cette incertitude cognitive qui pèse sur l'existence*

<sup>721</sup> **André DAUPHINÉ**, Risques et catastrophes. Observer – Spatialiser. Comprendre – Gérer, Armand Colin/HER, Paris, op. cit., p. 73.

<sup>722</sup> Une mission de l'Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire (IRSN) établit la synthèse ci-après de ses activités mandatées par l'État béninois du 28 au 30 avril 2008 : « *Le 8 janvier 2008, un chargement de ferrailles collectées au Nigéria ou au Niger et transporté sur un cargo en provenance de la République du Bénin (port de Cotonou) a déclenché un portique de détection de rayonnements gamma et neutronique au Sri Lanka (port de Colombo). Les mesures réalisées par les autorités locales auraient permis d'identifier la présence de matières radioactives dans un des conteneurs du chargement, avec mesure à l'extérieur du conteneur d'un débit de dose gamma maximal de 23 micro-sievert par heure (0Sv.h-1). Le conteneur a été rechargé le 19 mars sur le cargo Conti Hong Kong et réexpédié au Bénin. Il est arrivé dans le port de Cotonou le 16 avril 2008. Le 18 avril, la République du Bénin a fait une demande officielle à l'Agence Internationale de l'Energie Atomique (AIEA) dans le cadre de la convention d'assistance en cas d'urgence nucléaire ou radiologique. L'AIEA a alors contacté l'Autorité de Sûreté Nucléaire française (ASN) en tant que point de contact pour la mise en œuvre de la convention. Le 23 avril, l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) a été commandité par l'ASN, pour rechercher et identifier les matières radioactives présentes dans le conteneur, puis de les mettre en sécurité dans l'attente d'un exutoire final. L'intervention des experts de l'IRSN a eu lieu sur le port de Cotonou et chez le collecteur des ferrailles dans la banlieue de la ville. » Cf. **Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire**, « Synthèse de la mission de l'IRSN du 28 au 30 avril 2008 concernant l'identification et la mise en sécurité d'une source radioactive au Bénin », p. 1.*

*même du risque et donc sur sa source se double d'une autre tout aussi importante : [458] l'incertitude quant aux effets des mesures adoptées. Ici, ce n'est plus la connaissance qui est incertaine, mais la pertinence de la mesure et la qualité de la mise en œuvre à travers laquelle la connaissance (même quand elle est certaine) est traduite. »* <sup>723</sup>.

La précaution qui est liée à une approche de prévention de l'action publique et des politiques sociales est une décision ou une mesure collective de contrôle et dont la source réside dans le sentiment de peur collective résultant alors d'une situation commune de risque aux conséquences dommageables, graves et sérieuses. C'est le cas des mesures administratives douanières visant la protection sanitaire de la population dans un contexte infectieux global de grippe aviaire ou porcine par exemple. Le même souci de protection sanitaire et de sécurité publique anime les instances de gouvernance internationale en matière de contrôle et de surveillance épidémiologique des risques épidémiques ou endémiques comme en témoignent les objectifs du RSI, (Règlement Sanitaire international) <sup>724</sup>. Olivier Borraz présentait déjà le risque comme : « (...) *Le résultat d'un processus qui voit des*

---

<sup>723</sup> **Michel SETBON**, *Risques, sécurité sanitaire et processus de décision*, Collection Médecine des risques, Paris, Elsevier, op. cit., p. 154.

<sup>724</sup> D'après le N° 24 du Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire du 12 juin 2007 : « *Le Règlement sanitaire international vise à assurer le maximum de protection contre la propagation internationale des maladies, moyennant le minimum d'entraves au trafic international, et avec la prise de mesures de santé publique proportionnées et coordonnées entre les pays. Il a donc également vocation à protéger la santé des voyageurs internationaux tout en limitant les entraves à leur libre circulation. Néanmoins, en cas de risques spécifiques pour la santé publique, il pourra s'avérer ponctuellement nécessaire d'imposer des restrictions aux voyages, de façon à éviter les déplacements et échanges favorisant la diffusion internationale de maladies.* ». Cf. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire – BEH – Éditorial n°24 du 12 juin 2007 : « 15 juin 2007 : entrée en application du nouveau Règlement sanitaire international », p. 206, par Pr **Gilles BRÜCKER**, Directeur général, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France et Pr **Didier HOUSSIN**, Directeur général de la santé, Paris, France.

*incertitudes converties en autant de dimensions qui peuvent faire l'objet d'une action.* » <sup>725</sup>.

Cette action concerne autant la gestion qu'en font les pouvoirs publics ou les dirigeants d'entreprise que les pressions des mouvements réactionnaires de la société civile.

Le principe de précaution trouve d'ailleurs ses ardents défenseurs dans le rang même d'un certain courant politique ou écologique fort engagé de la société civile. [459] Or, nous avons déjà présupposé dans cette analyse autant que l'avait souligné Ulrich Beck dans « la société du risque » <sup>726</sup>, que les sociétés civiles contemporaines expriment une caractéristique toute nouvelle des solidarités et des craintes sociétales qui résident, non plus, dans le risque physiologique et réel de croupir de faim mais dans la peur psychologique et manifeste de subir des dommages physiques, graves et irréversibles pouvant résulter d'un risque sanitaire collectif à l'heure de la modernité industrielle. Dans ce contexte globalisé des actions ou revendications politiques et sanitaires de la société civile davantage marquée par l'interdépendance systémique tant des acteurs, des ressources que des écosystèmes, l'internationalisation ou la généralisation du principe de précaution se fait alors sans acception de la situation de pauvreté ou d'abondance des pays. L'invocation de l'approche de précaution dans la gestion préventive des risques sanitaires collectifs dans les pays du Sud comme le Bénin est donc tout aussi pertinente que le principe de la responsabilité politique ou sociétale qui en est le motif principal. Autant dire, la situation d'interdépendance des pays du monde entier pour disposer des ressources tant naturelles que manufacturières leur vaut également leur état d'imbrication pour gérer localement comme globalement la prévention des risques sanitaires corrélatifs.

En somme, mondialisation économique et risques biotechnologiques font partout éprouver au corps social le besoin légitime de main-

---

<sup>725</sup> Olivier BORRAZ, *Les politiques du risque*, Presses de Sciences PO, op. cit., p. 17.

<sup>726</sup> Aussi Ulrich BECK pouvait-il conclure sans ambages que : « La société du risque recèle donc de nouvelles sources de conflits et de consensus. La nécessité **de se prémunir du risque** vient remplacer la nécessité **de se prémunir de la pénurie**. ». Cf. Ulrich BECK, *La société du risque*. Sur la voie d'une autre modernité. Editions ALTO Aubier, op. cit., p. 86.

tenir en toute circonstance l'exigence salutaire d'une biosécurité. Cette expression collective de la nécessité d'une protection sanitaire, sociale et environnementale témoigne en réalité d'une prise de conscience commune, progressive et même parfois radicale du potentiel global des effets néfastes d'une activité technique ou économique certes locale mais à risque réel ou potentiel pour la permanence de la biodiversité et donc de l'humanité tout entière. Elle témoigne également d'une certaine perte de confiance supposée « aveugle » du corps social dans la toute puissance d'innovation technique ou biotechnique du corps scientifique. Ces frictions sociales persistantes, entre ceux dont l'activité technique ou scientifique génère des risques [460] environnementaux, sanitaires puis économiques, et ceux qui refusent catégoriquement d'en subir les conséquences nocives éventuelles constituent l'un des cadres de légitimation sociopolitique de l'action de régulation tant locale que globale des politiques publiques. C'est donc, dans cette perspective de régulation politique, juridique et économique que le principe de précaution tend progressivement à s'affirmer comme une norme juridique et sociale dorénavant indispensable pour concilier les intérêts réellement bénéfiques du progrès technologique et l'impératif écologique de préserver la santé du genre humain et de son environnement.

[461]

Tout considéré donc, au terme de ce chapitre, « la société du risque ou encore la civilisation du risque »<sup>727</sup> dont certains méandres sont la caractéristique même de son expansion globale trop rapide pour certains, et parfois même très controversée pour d'autres, voit apparaître, en effet, l'essor d'une société civile tantôt partenaire économique, tantôt protestataire écologique. Ses différents acteurs nationaux ou internationaux du développement social et sanitaire sont, tout d'abord, partenaires lorsqu'il faut promouvoir ensemble dans l'espace social les bonnes habitudes alimentaires, sanitaires, pharmacothérapeutiques et environnementales. Ainsi, la société civile est fortement impliquée dans l'élaboration et la mise en œuvre des différents programmes de développement social. En témoignent ces actions de gouvernance tant nationale qu'internationale pour promouvoir les politiques de salubrité

---

<sup>727</sup> En se faisant l'écho de Patrick Lagadec et d'Ulrich Beck, **Olivier GODARD, Claude HENRY** et alii soulignaient notamment que : « *Pour certains observateurs, nos sociétés sont entrées dans une civilisation du risque [Patrick Lagadec] : l'échelle grandiose de la technologie moderne a pour pendant celle des catastrophes industrielles, mettant en jeu la nature même de la démocratie. Pour d'autres, nos sociétés sont devenues des sociétés du risque [Ulrich Beck]. Non pour dire qu'elles soient moins sûres que d'autres ou moins sûres qu'elles ne l'étaient auparavant, mais pour dire que les conflits collectifs et le débat public se cristallisent d'une façon nouvelle autour de la question des risques, qu'il s'agisse de dénoncer leur répartition, de mettre en cause les conditions dans lesquelles ils sont pris, ou de régler leur prévention. D'un côté comme de l'autre, on s'accorde sur ce point : il y a une nouvelle donne et nos sociétés sont mal organisées pour y faire face. Cette nouvelle donne s'est accompagnée d'un basculement dans l'idée que nos contemporains se font de la science et de la technique. Le postulat du progrès, selon lequel l'acquisition de nouvelles connaissances scientifiques et techniques engendre le progrès économique et social, qui profite à tous par diffusion et percolation, est très largement mis en doute. Il n'est pas de percées scientifiques et d'innovations qui ne suscitent la réserve, la crainte, voire la controverse.* ». In **Olivier GODARD, Claude HENRY, Patrick LAGADEC, Erwann MICHELKERJAN**, *Traité des nouveaux risques*. Précaution, crise, assurance. Editions Gallimard, op. cit., pp. 27-28.

publique ; la lutte contre le phénomène social persistant de l'analphabétisme et de l'illettrisme ; la lutte contre les réseaux illicites de faux médicaments puis la sensibilisation du corps social sur leurs effets pharmacocinétiques ; enfin, le développement de la culture de prévoyance à travers la vulgarisation progressive des mécanismes assurantiels enregistre une participation croissante voire exclusive des partenaires privés de la société civile.

La gestion désormais territorialisée de la salubrité publique avec l'institution des pouvoirs publics locaux révèle une fois de plus l'impéritie de l'action publique communale et dans le même temps, l'impératif d'une coopération dynamique en terme de gouvernance territoriale avec les différents partenaires de la société [462] civile. En outre, les mobilisations sociales de plus en plus globalisées pour assurer partout la salubrité des médicaments, leur sécurité, leur qualité et leur innocuité, témoignent que l'État ne peut plus être, même sur son territoire, l'acteur exclusif de la sécurité publique. Cette perte de centralité de l'État dans la planification des affaires sociales et sanitaires comme en témoigne le recouvrement participatif du coût des soins de santé primaires (SSP, Alma Ata OMS, 1978 et Initiative de Bamako, 1987) suscite également une dynamique sociétale de l'autonomisation progressive de l'individu vis-à-vis de ses dépenses de santé. Les acteurs de la société civile apportent ici leur pierre à l'édifice social en offrant aux collectivités locales les opportunités d'affermir tant leur capital culturel par l'alphabétisation des plus défavorisés que leur capital-santé par la mutualisation des dépenses de soins des assurés mutualistes.

Mais la société civile est aussi une société d'alerte face au développement sans fin des risques collectifs aux conséquences probables, nocives et pressenties comme irréversibles pour la santé humaine et environnementale. Elle prône la précaution qui, selon elle, devrait toujours primer partout lorsque prévaut manifestement l'incertitude des connaissances scientifiques et technologiques sur les éventuels risques de dommages sérieux et irrévocables d'une activité technique ou économique. Cette société civile protestataire des effets négatifs d'une mondialisation économique de plus en plus exacerbée et des innovations technologiques de moins en moins encadrées par des règles morales de bioéthique, témoigne, par conséquent, de la nécessité de maintenir sans cesse une autorité rationnelle de régulation publique

tant au niveau local qu'à l'échelle globale des coopérations politiques et économiques. Ainsi, les politiques publiques nationales et internationales de prévention des risques biotechnologiques et de protection de l'environnement puis de la santé humaine réaffirment en tout point la capacité de décision et de contrôle des structures étatiques en tant que vecteurs rationnels et opérationnels de la régulation des risques sanitaires collectifs.

[463]

## Conclusion de la seconde partie

[Retour à la table des matières](#)

L'espace public reste avant tout l'espace naturel de l'émergence des risques sanitaires collectifs dont l'accroissement interpelle, plus que jamais partout, l'action de régulation des pouvoirs publics. La « société du risque » au sens où l'entend alors Ulrich Beck présuppose que, d'une certaine manière, le développement social et technologique s'accompagne forcément de son lot de risques individuels et collectifs. Les comportements à risques individuels, qu'ils soient idiosyncratiques ou simplement induits par des conditions sociales et existentielles peu favorables, expriment en réalité le difficile arbitrage souvent opéré par l'individu entre le choix résigné de l'exposition aux risques pour accroître ses rendements d'activité économique et à défaut, le risque, en fin de compte, de ployer malgré tout sous le joug certain de l'indigence. L'utilisation imprudente ou sans la moindre précaution des pesticides et autres intrants chimiques agricoles est la résultante même de cet arbitrage continu de l'Homo œconomicus (exploitants agricoles, pêcheurs, chasseurs et revendeurs des récoltes vivrières traitées à l'insecticide) qui, en l'espèce, privilégie toujours la maximisation de sa rentabilité économique au détriment de l'utilité de sa santé physique.

Les menaces sanitaires résultent également de l'exposition involontaire du corps social à un risque collectif du fait même des probabilités néfastes d'une décision politique, économique voire d'une application scientifique ou technique. Alors le rapport entre science, technique, activité économique, décision politique et pouvoirs publics montre finalement que l'individu est absolument désarmé pour pourvoir tout seul efficacement aux conditions suffisantes et nécessaires de sa sécurité ou de sa protection sanitaire et que, seul l'État et ses institutions spécialisées ont, en toute circonstance, la compétence requise puis l'autorité légitime d'imposer et d'organiser la régulation des activités techniques ou économiques à risque sanitaire pour l'individu, pour la société où il évolue et la biodiversité qui l'entoure. Une fois de plus, l'émergence dans l'espace social [464] des risques sanitaires collectifs, qu'ils soient d'origine structurelle ou biotechnologique, et l'enjeu national puis international de leur régulation fait soulever entièrement la question des ressources indispensables à l'organisation efficace des politiques de santé publique.

[464]

**AFRIQUE COMPARABLE ?  
SANTÉ PUBLIQUE ET SÉCURITÉ GLOBALE AU BÉNIN.**

**CONCLUSION GÉNÉRALE**

[Retour au sommaire](#)

La santé publique au cœur de cette étude sociologique et politique a été amplement appréhendée aussi bien comme un phénomène social qu'un véritable programme politique, autant dire un vrai projet de société tant dans son jaillissement localisé aux confins de ce pays – le Bénin – que dans son développement globalisé à toute la planète. Si elle émerge de façon directe ou indirecte des politiques publiques <sup>728</sup> planifiées et financées non seulement au niveau national mais aussi à l'échelle des coopérations internationales et intergouvernementales, sa mise en œuvre fait pourtant appel à un ensemble de déterminants d'ordre socioculturel mais aussi socioéconomique.

En effet, la gestion de la santé publique dans tout pays intègre fondamentalement une dimension culturelle qui n'est donc pas sans influence perceptible sur l'organisation politique et administrative de l'institution sanitaire. Les parcours individuels de soins en direction de l'hôpital public comme privé ou simplement dans le cadre d'un pluralisme thérapeutique associant les thérapies modernes et tradi-

---

<sup>728</sup> Dans sa réponse à Patrick Lagadec, **William DAB** faisait pour sa part l'observation suivante : « *Penser les évolutions en termes sanitaires est désormais une obligation pour tous les décideurs, même ceux qui pensent à bon droit agir dans un champ éloigné de la santé. La santé publique est sur tous les fronts. L'impact sanitaire de toute action publique sera désormais discuté. C'est une nouvelle sensibilité.* ». Cf. **William DAB**, in **Xavier GUILHOU** et **Patrick LAGADEC**, *La fin du risque zéro*, Eyrolles Editeur, 2002, Paris, Editions d'Organisation, op. cit., p. 253.

tionnelles ne sont guère détachables du filtre culturel qui détermine alors les représentations sociales du malade. Ce filtre culturel qui joue un rôle non [465] négligeable dans les construits sociaux de la maladie et de la santé, conditionne également la réception et l'assimilation des messages de prévention à vocation de sensibilisation du corps social en ce qui concerne les influences négatives de certains de ses modes de vie sur le développement réel ou potentiel des phénomènes infectieux et/ou morbides.

Cependant, l'institutionnalisation de la santé publique, en tant que projet politique et projet de société est largement dépendante de la mobilisation des ressources suffisantes et nécessaires sans lesquelles le fonctionnement de l'institution sanitaire se réduirait finalement et inexorablement dans les cadences de travail souvent velléitaire de l'acteur sociosanitaire lui-même inséré et résigné dans la décadence politique de l'« État sorcier ».

La fonction salutare de la puissance publique est davantage mise en évidence avec le caractère protéiforme et hétéroclite des risques sanitaires collectifs qui en appellent en tant que tels à la décision de régulation de l'autorité publique. Ainsi, en écrivant : *Du bon gouvernement des risques*, Christine Noiville soutient à juste titre que : « (...) C'est l'autorité publique qui doit agir et prendre les décisions aux lieux et place de l'individu. C'est pourquoi les risques d'aujourd'hui induisent un changement de perspective du point de vue de l'ampleur et des modalités de l'action publique. Parce que, pour une part non négligeable, ces risques sont imperceptibles par les personnes qu'ils touchent et échappent largement à toute stratégie de prévention individuelle, le choix de les éviter, de les courir, de les maîtriser, de les limiter, exige des solutions de nature politique. Leur prise en charge ne se conçoit pas autrement que par le recours à des institutions scientifiques et administratives qui, seules, ont la capacité de collecter l'information, d'énoncer l'existence des risques, d'en informer le citoyen qui n'en a pas directement connaissance. » <sup>729</sup>.

C'est que, la gestion des risques sanitaires collectifs, tant par l'action de prévention de leurs conséquences dommageables que par l'approche de précaution des pouvoirs publics dans l'encadrement de

---

<sup>729</sup> Christine NOIVILLE, *Du bon gouvernement des risques*, Paris, PUF, op. cit., p. 24.

leur source de jaillissement offre les [466] conditions démocratiques nécessaires pour associer les populations cibles en les informant de l'occurrence probable du danger collectif et du bien-fondé de la décision politique ou sociétale face à l'incertitude des connaissances scientifiques et techniques du moment.

Dans le cadre de l'organisation méthodologique de cette étude, deux hypothèses principales et complémentaires avaient été présupposées. La première concernait la subordination de l'efficience puis de l'efficacité de l'action publique en matière de planification des politiques multisectorielles de santé publique à l'allocation nécessaire des ressources et infrastructures indispensables au fonctionnement performant du système sanitaire. Le constat empirique et sociologique relevé maintes fois dans cette étude à travers l'impéritie caractéristique, en l'espèce, des institutions publiques et sanitaires a permis de mettre, une fois de plus en évidence, cette relation étroite entre performance et disponibilité des ressources appropriées, tant humaines que logistiques. Philippe Lecorps et Jean-Bernard Paturet rappelaient ainsi que : « *Les politiques de santé ne sauraient donc se concevoir en dehors d'une réflexion et d'un engagement de l'État et des décideurs politiques portant sur les conditions favorables à la vie des humains.* » <sup>730</sup>.

La seconde hypothèse, en prolongement logique de la première, fut relative à l'appropriation par l'État béninois d'une approche de précaution certes bénéfique pour assurer le maintien à son niveau raisonnable de la sécurité sanitaire et environnementale mais finalement assez stochastique dans sa composante organisationnelle et technologique. Le principe de précaution peut servir en toute hypothèse à construire et renforcer l'espace démocratique de l'information et de la participation de toutes les strates du corps social dans l'identification, la gestion par élimination (vision maximaliste) ou par réduction (vision minimaliste) des sources chimiques, radioactives, biotechnologiques voire sociopolitiques de jaillissement d'une menace sanitaire collecti-

---

<sup>730</sup> **Philippe LECORPS, Jean-Bernard PATURET**, *Santé publique du biopouvoir à la démocratie*, Editions de l'Ecole Nationale de la Santé publique, op. cit., p. 23.

ve. Ainsi, la santé publique comme projet politique peut valablement servir de cadre de consolidation de l'espérance d'une société plus démocratique dans ses fondements sociopolitiques, et plus performante dans la mise en œuvre de ses politiques socioéconomiques.

[467]

**AFRIQUE COMPARABLE ?  
SANTÉ PUBLIQUE ET SÉCURITÉ GLOBALE AU BÉNIN.**

**BIBLIOGRAPHIE**

*Ouvrages classiques de sciences politiques*

[Retour au sommaire](#)

**ARON, Raymond**, *Démocratie et totalitarisme*. Collection folio/Essais, Editions Gallimard, 1965, 372 p.

**BANÉGAS, Richard**, *La démocratie à pas de caméléon. Transition et imaginaires politiques au Bénin*. Paris, Ed. KARTHALA, 2003, 494 p.

**BAYART, Jean-François**, « La problématique de la démocratie en Afrique noire : la Baule, et puis après ? », in **BOURMAUD, Daniel** et **QUANTIN, Patrick J.**, (dir.), *Les chemins de la démocratie*, KARTHALA, 1991, 187 p.

**BERGÈS, Michel**, *Machiavel, un penseur masqué ?* Bruxelles : Éditions Complexe, 2000, Collection : Théorie politique. 360 p.

**BIERSCHENK, Thomas** et **SARDAN, Jean-Pierre Olivier (de)**, *Les pouvoirs au village : Le Bénin rural entre démocratisation et décentralisation*, Editions KARTHALA, 1998, 296 p.

**BOURDIEU, Pierre**, *Le sens pratique*, Collection « Le sens commun », Paris, Éditions de Minuit, 1980, 480 p.

**BOURDIEU, Pierre**, avec **Loïc J. D. WACQUANT**, *Réponses pour une anthropologie réflexive*, Paris, Editions du Seuil, 1992, 267 p.

**BRAUD, Philippe**, *La démocratie politique*, Paris, Editions du Seuil, 1997/2003, 243 p.

**CHEVALLIER, Jacques**, *L'État post-moderne*, Paris, L.G.D.J, 2003, Collection droit et société, Maison des sciences de l'Homme, 225 p.

**CROUZEL, Ivan**, « Les transformations de la gouvernance urbaine en Afrique du Sud : Dispositifs démocratiques et nouvelles formes de régulation ». In, **FOUCHARD, Laurent**, (dir.), *Gouverner les villes [468] d'Afrique : État, gouvernement local et acteurs privés*, Ed. Karthala et CEAN, 2007, 180 p.

**DAHL, A., Robert**, 1961. - *Who governs ? Democracy and Power in an American City*, New Haven, Yale University Press, [traduction française par Pierre Birman et Pierre Birnbaum, *Qui gouverne ?* Paris, A. Colin, 1971].

**FAURÉ, Yves-A.**, « Eléments d'analyse à propos de l'expérience récente de la Côte-d'Ivoire », in **BOURMAUD, Daniel** et **QUANTIN, J. Patrick**, (dir.), *Les chemins de la démocratie*, KARTHALA, 1991, 187 p.

**FOILLARD, Philippe**, *Droit constitutionnel et institutions politiques*, Orléans, Editions Paradigme, 2008, 418 p.

**FORNEL (de), Michel**, **OGIEN, Albert**, **QUÉRÉ, Louis**, (dir.), *L'ethnométhodologie. Une sociologie radicale*, COLLOQUE DE CERISY, Paris, Editions La Découverte et Syros, 2001, 444 p.

**GAUDIN, Jean-Pierre**, « Politiques publiques : dispositifs participatifs et démocratie », in **GIRAUD, Olivier** et **WARIN, Philippe**, (dir.), *Politiques publiques et démocratie*, Paris, Ed. La Découverte, 2008, 428 p.

**GAUDUSSON (De), Jean Du Bois**, *De nouvelles perspectives pour la décentralisation en Afrique ? Developing Constitutional Orders in Sub-Saharan Africa*, 1988, 18 p.

**GARFINKEL, Harold**, *Recherches en ethnométhodologie*. PUF, 2007 (Traduit de l'anglais (USA) par Michel Barthélémy, Baudouin Dupré, Jean-Manuel de Queiroz et alii, une traduction coordonnée par Michel Barthélémy et Louis Quéré)

**GAZIBO, Mamoudou & JENSON, Jane**, « La politique comparée : Fondements, enjeux et approches théoriques », Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2004, 320 p.

**GENIEYS, William**, « Le développement local face à l'État : La genèse du Pays « Cathare ». », in **BALME, Richard, FAURE, Alain, MABILEAU, Albert**, (dir.), *Les nouvelles politiques locales : Dynamiques de l'action publique*, Presses de Sciences PO, 1999, 486 p.

**GIRAUD, Claude**, *Concepts d'une sociologie de l'action. Introduction raisonnée*, Paris, Editions L'Harmattan, 1994, 158 p.

[469]

**GODIN, Francine**, *Bénin 1972-1982 La logique de l'État africain*, Paris, Ed. L'Harmattan, 1986, 325 p.

**HASSENTEUFEL, Patrick**, « Do policy networks matter ? Lifting descriptif et analyse de l'État en interaction », in **LE GALES, Patrick** et **THATCHER, Mark**, (dir.), *Les réseaux de politique publique : débats autour des policy networks*, l'Harmattan, 1995, 272 p.

**HERMET, Guy**, « La gouvernance serait-elle le nom de l'après-démocratie ? L'inlassable quête du pluralisme limité », (dir.), **Guy HERMET, Ali KAZANCIGIL** et **Jean-François PRUD'HOMME**, *La gouvernance : Un concept et ses applications*, Editions KARTHALA, 2005, 228 p.

**HOFFMANN-MARTINOT, Vincent**, *Le Gouvernement des villes. Une comparaison internationale*, Paris, Edition. L'Harmattan, 2007, 195 p.

**HUNTER, Floyd**, 1953. - *Community Power Structure. A Study of decision makers*, Chapel Hill, University of North Carolina Press.

**JAGLIN, Sylvie**, « Décentralisation et gouvernance de la diversité : Les services urbains en Afrique anglophone ». In **FOURCHARD, Laurent**, (dir.), *Gouverner les villes d'Afrique : État, gouvernement local et acteurs privés*, Ed. Karthala et CEAN, 2007, 180 p.

**JOUVE, Bernard**, « Réseaux et communautés de politique publique en action. », in **LE GALES, Patrick** et **THATCHER, Mark**, (dir.), *Les réseaux de politique publique : débat autour des policy networks*, l'Harmattan, 1995, 272 p.

**LE BART, Christian**, *Les maires, sociologie d'un rôle*, Editions du Septentrion, 2003, 222 p.

**LE GALES, Patrick**, « Les réseaux d'action publique entre outil passe-partout et théorie de moyenne portée. », in **LE GALES, Patrick** et **THATCHER, Mark**, (dir.), *Les réseaux de politique publique : débat autour des policy networks*, l'Harmattan, 1995, 272 p.

**MABILEAU, Albert**, « Les perspectives d'action publique autour d'un local reconsidéré », (dir.), **BALME, Richard**, **FAURE, Alain**, [470] **MABILEAU, Albert**, *Les nouvelles politiques locales : Dynamiques de l'action publique*, Presses de Sciences PO, 1999, 486 p.

**MARTIN, Denis-Constant**, « Le multipartisme pour quoi faire ? Les limites du débat politique : Kenya, Ouganda, Tanzanie, Zimbabwe », (dir.), **BOURMAUD, Daniel** et **QUANTIN, Patrick J.**, *Les chemins de la démocratie*, KARTHALA, 1991, 187 p.

**MBACK, NACH, Charles**, *Démocratisation et décentralisation : genèse et dynamiques comparées des processus de décentralisation en Afrique subsaharienne*, KARTHALA-PDM, 2003, 528 p.

**NAY, Olivier**, *La région, une institution : la représentation, le pouvoir et la règle dans l'espace régional*, L'Harmattan, 1997, 377 p.

**OSMONT, Annik**, « L'État efficace selon la Banque Mondiale : Les villes de l'Ajustement Structurel », pp. 95-114, (dir.), **GEMDEV**, *Les avatars de l'État en Afrique*, Paris, Éd. Karthala, 1997, 338 p.

**PAOLETTI, Marion**, « Démocratiser d'abord », in **TOURNON, Jean**, (dir.), *La république antiparticipative : Les obstacles à la participation des citoyens à la démocratie locale*, L'Harmattan, 2009, 176 p.

**PASSERON, Jean-Claude & REVEL, Jacques**, « Penser par cas. Raisonner à partir de singularités », in **PASSERON, Jean-Claude & REVEL, Jacques**, (dir.), *Penser par cas*, Paris, Editions de l'EHESS, 2005, 292 p.

**PAPADOPOULOS, Yannis**, « La gouvernance en réseaux : les conséquences pour la démocratie participative », in **GIRAUD, Olivier** et **WARIN, Philippe**, (dir.), *Politiques publiques et démocratie*, Paris, Ed. La Découverte, 2008, 428 p.

**PIROTTE, Gautier**, « Société civile importée et nouvelle gouvernance. Le nouveau secteur ONG au Bénin », pp. 27-45, in **QUANTIN, Patrick**, (dir.), *Gouverner les sociétés africaines : Acteurs et institutions*, Paris, KARTHALA et CEAN, 2005, 336 p.

**ROBERT, Suzanne**, « Quelques réflexions sur la décentralisation et le développement démocratique en Guinée : le cas d'un projet [471] pilote d'appui aux collectivités décentralisées » pp. 161-175, (dir.), **GEMDEV**, *Les avatars de l'État en Afrique*. Paris, Éd. Karthala, 1997, 338 p.

**SAINT-MARTIN, Denis**, « La gouvernance comme conception de l'État de la « troisième voie » dans les pays anglo-saxons », in **HERMET, Guy, KAZANCIGIL, Ali** et **PRUD'HOMME, Jean-François**, (dir.), *La gouvernance : Un concept et ses applications*, Editions KARTHALA, 2005, 228 p.

**SAWADOGO, Raogo, Antoine**, *L'État africain face à la décentralisation*, Paris, Editions Karthala, 2001, 278 p.

**TOCQUEVILLE, Alexis, (DE)**, *De la démocratie en Amérique I*, (1835) Paris, GF Flammarion, 1981, 569 p.

**TORO, Maria Celia**, « Gouvernance, réseaux trans-gouvernementaux et gestion de la globalisation », in **HERMET, Guy, KAZANCIGIL, Ali** et **PRUD'HOMME, Jean-François**, (dir.), *La gouvernance : Un concept et ses applications*, Editions KARTHALA, 2005, 228 p.

**WEBER, Max**, *Economie et société*, Paris, Plon, 1971 (Tome premier ; traduit de l'allemand par Julien Freund, Pierre Kamnitzer, Pierre Bertrand et alii, sous la direction de Jacques Chavy et d'Éric de Dampierre) 650 p.

**WING, D. Susanna**, « Pluralisme juridique et droits de la femme au Mali et au Bénin » pp. 247-262, in **QUANTIN, Patrick**, (dir.), *Gouverner les sociétés africaines : Acteurs et institutions*, Paris, KARTHALA et CEAN, 2005, 336 p.

[472]

*Autres ouvrages*[Retour au sommaire](#)

**AGON, Valentin**, *Pourquoi et comment constituer les États-Unis d'Afrique ? Pourquoi l'Afrique reste en retard pour son développement ? L'appel à l'intelligence du devoir de l'audace d'être nous-mêmes*, 10 BP 546 Cotonou-Houéyiho Bénin, Les Editions de : Afrique-Emergence, 2008, 89 p., [en ligne], document disponible sur le site web [www.afrique-emergence.com](http://www.afrique-emergence.com), [consulté le 19 août 2010].

**ALPE, Yves, BEITONE, Alain, DOLLO, Christine, LAMBERT, Jean-Renaud et PARAYRE, Sandrine**, *Lexique de sociologie*, Editions Dalloz – 2005, 329 p.

**AOKI, Masahiko**, *Fondement d'une analyse institutionnelle comparée*, Editions Albin Michel, 2006, traduction française, et Edition originale américaine : Massachusetts Institute of Technology, 2001, 605 p.

**HOUNGBÉDJI, Adrien**, *Il n'y a de richesse que d'hommes*, Paris, Editions de l'Archipel, 2005, 240 p.

**KOGBLÉVI, Aziadomè**, *Seul le foie sauve*, Cotonou, 2<sup>e</sup> Edition de l'ONG Institut de Recherche en Naturothérapie, 2009, 84 p.

**LAROUSSE, (Le Petit Larousse)**, dictionnaire de la langue française.

**LAROUSSE RÉFÉRENCES**, in **BOUDON, Raymond, BERNARD, Philippe, CHERKAOUI, Mohamed et LÉCUYER, Bernard-Pierre**, (dir.), *dictionnaire de la sociologie*, Edition Larousse-Bordas, 1997, 280 p.

**RUSS, Jacqueline et BADAL-LEGUIL, Clotilde**, *Dictionnaire de philosophie*, Les Références Bordas, Paris, Editions Bordas/SEJER, 2004, 528 p.

**ZARAÏ, Rika**, *Ma Médecine Naturelle*, Michel Lafon/Carrère, 1985, 431 p., note de l'auteur Aziadomè **KOGBLÉVI**

[473]

*Ouvrages spécialisés*  
– *santé publique et politiques du risque*

[Retour au sommaire](#)

**AUDIBERT, Martine, MATHONNAT, Jacky et ROODENBEKE, Eric (de)**, (dir.), *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Paris, KARTHALA, 2003, 498 p.

**BARTHE, Yannick**, *Le pouvoir d'indécision. La mise en politique des déchets nucléaires*. Ed. ECONOMICA, 2006, 239 p.

**BECK, Ulrich**, *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris : Editions ALTO Aubier, 2001, pour la traduction française, 521 p.

**BENEDUCE, Roberto, SALAMANTA, Ousmane, FIORE, Barbara**, « L'épilepsie en pays Dogon. Une perspective anthropologique et médicale » chapitre 6, pp. 193-243, in **COPPO, Piero, KÉLTA, Arouna**, (dir.), *Médecine Traditionnelle. Acteurs, itinéraires thérapeutiques*, Editions e, 1990, 324 p.

**BERGÈS, Michel, LESGOURGUES, Yves, VAILLAC (De), d'ANTIN Dominique, GUENNÉGUEZ, Lysianne, MIMIAGUE, François, TOZZI, Pascal**, « Les politiques globales de la Forêt et du Développement durable » pp. 120-132, in **BERGÈS, Michel**, (dir.), *Penser les relations internationales*, Paris, L'Harmattan, collection « Pouvoirs comparés », septembre 2008, 472 p.

**BERTOUT, Vincent et CROUZEL, Ivan**, « Les dispositifs locaux de sécurité alimentaire au Mali » pp. 169-197, in : **Action Concertée Incitative**, « Acteurs stratégiques, cadres normatifs de l'action et régulations des politiques alimentaires au Sahel » NPP21, Rapport scientifique, Novembre 2008, **JANIN, Pierre**, (Coordonnateur) **ARDITI, Claude, BRICAS, Nicolas, BERTOUT, Vincent, CROUZEL, Ivan, DELPEUCH, Francis, DURY, Sandrine, FOUILLEUX, Eve, GUICHAOUA, André, MARIE, Alain, RAZY, Elodie, SUREMAIN (de), Charles-Edouard**, publication : Ins-

titut de Recherche pour le Développement (IRD), octobre 2010, 283 p.

[474]

**BLANC-NOËL, Nathalie**, « Hégémonie et culture dans la mondialisation : trois paradigmes et une exception française. » pp. : 422-442, in **BERGÈS, Michel**, (dir.), *Penser les relations internationales*, Paris, L'Harmattan, collection « Pouvoirs comparés », septembre 2008, 472 p.

**BORRAZ, Olivier**, *Les politiques du risque*, Presses de Sciences PO, 2008, 294 p.

**BOURGOU, Taoufik**, *Politiques du risque*, Lyon, Editions Perspectives Juridiques, 2005, 217 p.

**BRUDON, Pascale**, « Médicaments essentiels : le mythe de Sisyphe » pp. 37-52, in **RAINHORN, Jean-Daniel** et **BURNIER, Mary-Josée**, (dir.), *La santé au risque du marché. Incertitudes à l'aube du XXIe siècle*, Paris, PUF, 2001, Collection Enjeux, IUED, 332 p.

**BURNIER, Mary-Josée**, « Les accidents : l'inquiétante progression d'un carnage planétaire » pp. 161-174, in **RAINHORN, Jean-Daniel** et **BURNIER, Mary-Josée**, (dir.), *La santé au risque du marché. Incertitudes à l'aube du XXIe siècle*, Paris, PUF, 2001, Collection Enjeux, IUED, 332 p.

**CALLON, Michel, LASCOUMES, Pierre, BARTHE, Yannick**, *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*, Collection « La couleur des idées », Editions du Seuil, 2001, 368 p.

**CALVEZ, Marcel**, *La prévention du Sida. Les sciences sociales et la définition des risques*, Collection « Des Sociétés » Presses Universitaires de Rennes PUR, 2004, 199 p.

**CALVEZ, Marcel**, « Le risque comme ressource culturelle dans la prévention du sida » pp. 127-144, in **DOZON, Jean-Pierre** et **FASSIN, Didier**, (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Editions Balland, 2001, 362 p.

**CANGUILHEM, Georges**, *Le normal et le pathologique*, 6<sup>e</sup> Edition Quadrige/PUF, 1996, 224 p.

**CARRIN, Guy**, « L'assurance maladie : un chemin parsemé d'obstacles pour les pays en développement » traduit de l'anglais par

Martine CULLOT sous le titre : « Social Health Insurance in Developing Countries : a Continuing Challenge » pp. 199-213, in **RAINHORN, Jean-Daniel** et [475] **BURNIER, Mary-Josée**, (dir.), *La santé au risque du marché. Incertitudes à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle*, Paris, PUF, 2001, Collection Enjeux, IUED, 332 p.

**CICOLELLA, André** et **BROWAEYS, Dorothée Benoit**, *Alertes santé*, Fayard, 2005, 422 p.

**COPPO, Piero**, **PISANI, Lelia**, **OUMAR WALET, Fadimata**, « Les itinéraires thérapeutiques » pp. 7-52, in **Piero COPPO, Arouna KEITA**, (dir.), *Médecine Traditionnelle. Acteurs, itinéraires thérapeutiques*, Editions e, 1990, 324 p.

**DAB, William**, « Précaution et santé publique. Le cas des champs électriques et magnétiques de basse fréquence » pp. 199-212, in **GO-DARD, Olivier**, (dir.), *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, Editions de la Maison des sciences de l'homme (MSH), Paris, Institut National de la Recherche Agronomique (INRA), 1997, 351 p.

**DAHLGREN, Göran**, « Payer les soins de sa poche : un déterminant majeur de la pauvreté. » pp. 123-137, in **RAINHORN, Jean-Daniel** et **BURNIER, Mary-Josée**, (dir.), *La santé au risque du marché. Incertitudes à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle*, Paris, PUF, 2001, Collection Enjeux, IUED, 332 p. Titre original de l'article écrit en anglais : « The medical Poverty Trap », une traduction française de CHAZERAND Odile.

**DAUPHINÉ, André**, *Risques et catastrophes. Observer – Spatialiser. Comprendre – Gérer*, Paris, Armand Colin/HER, 2001, 288 p.

**DOUVILLE, Olivier**, **BLONDIN-DIOP, Alliou**, « Recherche sur les parcours de soin de patients africains séropositifs en France » pp. 329-344 in **HOURS, Bernard**, (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, KARTHALA, 2001, 359 p.

**DOZON, Jean-Pierre**, « Quatre modèles de prévention » pp. 23-46 in **DOZON, Jean-Pierre** et **FASSIN, Didier**, (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Editions Balland, 2001, 362 p.

**DUPAS, Gilberto**, « Le méta-jeu du pouvoir et le panorama militaire international » pp. 298-316, in **BERGÈS, Michel**, (dir.), *Penser les relations internationales*, Paris, L'Harmattan, collection « Pouvoirs comparés », septembre 2008, 472 p.

[476]

**DURIF-BRUCKERT, Christine**, « Un aspect de la crise du système de santé et des soins : l'oubli des savoirs ordinaires » pp. 105-120, in **CLAVERANNE, Jean-Pierre, LARDY, Claude**, (dir.), *La Santé demain. Vers un système de soins sans murs*. Ed. ECONOMICA, 1999, 298 p.

**DUSSOUY, Gérard**, « Pour une géopolitique systémique » pp. : 50-58, in **BERGÈS, Michel**, (dir.), *Penser les relations internationales*, Paris, L'Harmattan, collection « Pouvoirs comparés », septembre 2008, 472 p.

**ESTERLE-HEDIBEL, Maryse**, « Le corps en force ou le corps en forme » pp. 185-203, in **GARRIGOU, Alain**, (dir.), *La santé dans tous ses états*, atlantica, Biarritz, 2000, 362 p.

**EWALD, François**, « Le retour du malin génie. Esquisse d'une philosophie de la précaution » pp. 99-126, in **GODARD, Olivier**, (dir.), *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, Editions de la Maison des sciences de l'homme (MSH), Paris, Institut National de la Recherche Agronomique (INRA), 1997, 351 p.

**FASSIN, Didier**, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, PUF, 1996, 324 p.

**FIGLIORE, Barbara, TIMBINÉ, Saïdou, KASSAMBARA, Ibrahim**, « Le savoir du thérapeute », chapitre III, pp. 79-106. In **COPPO, Piero, KEITA, Arouna**, (dir.), *Médecine Traditionnelle. Acteurs, itinéraires thérapeutiques*, Editions e, 1990, 324 p.

**FOIRRY, Jean-Pierre**, « L'Initiative de Bamako : quels bénéfices pour les populations africaines ? » pp. 53-69, in **RAINHORN, Jean-Daniel et BURNIER, Mary-Josée**, (dir.), *La santé au risque du marché. Incertitudes à l'aube du XXIe siècle*, Paris, PUF, 2001, Collection, Enjeux, IUED, 332 p.

**FOURNIER, Pierre, HADDAD, Slim et MANTOURA, Pascale**, « Réformes des systèmes de santé dans les pays en développement :

l'irrésistible emprise des agences internationales et les dangers de la pensée unique » pp. 71-84, in **RAINHORN, Jean-Daniel** et **BURNIER, Mary-Josée**, (dir.), *La santé au risque du marché. Incertitudes à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle*, Paris, PUF, 2001, Collection Enjeux, IUED, 332 p.

[477]

**GARRIGOU, Alain**, (dir.), *La santé dans tous ses états*, Biarritz, atlantica, 2000, 362 p.

**GOBATTO, Isabelle**, « Les médecins acteurs dans les systèmes de santé. Une étude de cas au Burkina Faso » pp. 137-162, in **HOURS, Bernard**, (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, KARTHALA, 2001, 359 p.

**GODARD, Olivier**, (dir.), *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, Editions de la Maison des sciences de l'homme (MSH), Paris, Institut National de la Recherche Agronomique (INRA), 1997, 351 p.

**GODARD, Olivier**, « L'ambivalence de la précaution et la transformation des rapports entre science et décision » pp. 37-83, in **GODARD, Olivier**, (dir.), *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, Editions de la Maison des sciences de l'homme (MSH), Paris, Institut National de la Recherche Agronomique (INRA), 1997, 351 p.

**GODARD, Olivier**, **HENRY, Claude**, **LAGADEC, Patrick**, **MICHEL-KERJAN, Erwann**, *Traité des nouveaux risques. Précaution, crise, assurance*. Editions Gallimard, 2002. Collection Folio/Actuel, 620 p.

**GRÉMY, François**, « Dangers, risques, sécurité sanitaire et principe de précaution : les mots et leur sens » pp. 175-197, in **RAINHORN, Jean-Daniel** et **BURNIER, Mary-Josée**, (dir.), *La santé au risque du marché. Incertitudes à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle*, Paris, PUF, 2001, Collection Enjeux, IUED, 332 p.

**GRODOS, Daniel**, *Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne : Enjeux, pratiques et politiques*, Paris, KARTHALA-UCL, 2004, 448 p.

**GRUÉNAIS, Marc-Eric**, « Communautés et État dans les systèmes de santé en Afrique » pp. 67-85, in **HOURS, Bernard**, (dir.),

*Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, KARTHALA, 2001, 359 p.

**GUILHOU, Xavier** et **LAGADEC, Patrick**, *La fin du risque zéro*, Eyrolles Editeur, 2002, Paris, Editions d'Organisation, 2002, 316 p.

**HOURS, Bernard**, *L'État sorcier. Santé publique et Société au Cameroun*, Connaissance des hommes, Paris, l'Harmattan, 1985, 165 p.

[478]

**HOURS, Bernard**, « Pour une anthropologie de la santé en sociétés » pp 5-21, in **HOURS, Bernard**, (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, KARTHALA, 2001, 359 p.

**JANIN, Pierre**, « L'insécurité alimentaire en Afrique de l'Ouest : cadres politiques et options techniques pour l'action » pp. 9-36, in : **Action Concertée Incitative**, « Acteurs stratégiques, cadres normatifs de l'action et régulations des politiques alimentaires au Sahel » NPP21, Rapport scientifique, Novembre 2008, **JANIN, Pierre**, (Coordonnateur) **ARDITI, Claude**, **BRICAS, Nicolas**, **BERTOUT, Vincent**, **CROUZEL, Ivan**, **DELPEUCH, Francis**, **DURY, Sandrine**, **FOUILLEUX, Eve**, **GUICHAOUA, André**, **MARIE, Alain**, **RAZY, Elodie**, **SUREMAIN (de), Charles-Edouard**, publication : Institut de Recherche pour le Développement (IRD), octobre 2010, 283 p.

**JONAS, Hans**, *Le principe responsabilité*, Champs Flammarion. Pour la traduction française : les Editions du Cerf, 1990, 470 p.

**KIMBERLY, John R.**, « Mondialisation et marchés de santé : paradoxes, opportunités et défis » pp. 23-28, in **BAIL, Jean-Noël**, (dir.), *Santé et mondialisation : quels impacts pour la France ?* Editions John Libbey Eurotext, 2008, 127 p.

**LAMBERT, Denis-Clair**, *La santé, clé du développement économique. Europe de l'Est et Tiers-Monde*, L'Harmattan, 2001, 375 p.

**LECOUTOUR, Xavier**, « Risque iatrogène » pp. 416-418, in *Dictionnaire des risques*, 2<sup>e</sup> Edition sous la direction de **DUPONT, Yves**, Paris, Editions Armand Colin, 2007, 537 p.

**LEPAGE, Corinne**, « Risque et environnement » pp. 407-412, in *Dictionnaire des risques*, 2<sup>e</sup> édition, sous la direction de **DUPONT, Yves**, Paris, Editions Armand COLIN, 2007, 537 p.

**LETEURTRE, Hervé, PATRELLE, Irène, QUARANTA, Jean-François, RONZIERE, Nathalie**, *La qualité hospitalière*, 2<sup>e</sup> édition, Paris, Berger-Levrault, Janvier 1999, 434 p.

**MARTIN, Gilles J.**, « Précaution et évolution du Droit » pp. 331-351, in **GODARD, Olivier**, (dir.), *Le principe de précaution dans la conduite des [479] affaires humaines*, Editions de la Maison des sciences de l'homme (MSH), Paris, Institut National de la Recherche Agronomique (INRA), 1997, 351 p.

**MARTRES, Jean-Louis**, « La puissance comme lieu commun des relations internationales » pp. : 68-107, in **BERGÈS, Michel**, (dir.), *Penser les relations internationales*, Paris, L'Harmattan, collection « Pouvoirs comparés », septembre 2008, 472 p.

**MASSÉ, Raymond**, « La santé publique comme projet politique et projet individuel. » pp. 41-64, in **HOURS, Bernard**, (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, 2001, 359 p.

**MEBTOUL, Mohamed**, « Les acteurs sociaux face à la santé publique : médecins, État et usagers (Algérie) » pp. 103-116, in **HOURS, Bernard**, (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, KARTHALA, 2001, 359 p.

**MEESSEN, Bruno**, « Quelles stratégies de couverture face aux risques liés à la santé ? Quelques points de repère microéconomiques pour la réflexion sur les stratégies disponibles dans les sociétés traditionnelles » pp. 175-203, in **AUDIBERT, Martine, MATHONNAT, Jacky et ROODENBEKE, Éric (de)**, (dir.), *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Paris, KARTHALA, 2003, 498 p.

**NARBONNE, Jean-François**, « Pesticides » pp. 358-363, in *Dictionnaire des risques*, 2<sup>e</sup> Edition sous la direction de **DUPONT, Yves**, Paris, Editions Armand COLIN, 2007, 537 p.

**NOIVILLE, Christine**, *Du bon gouvernement des risques*, Paris, PUF, 2003, 235 p.

**OUENDO, Edgard-Marius, MAKOUTODÉ, Michel, AGUEH, Victoire et D'ALMÉIDA, MANKO Ayité**, « Equité dans l'application de l'Initiative de Bamako : situation de la prise en charge sanitaire des indigents au Bénin et approche de solution » pp. 119-129, in **AUDIBERT, Martine, MATHONNAT, Jacky et ROODENBEKE, Eric (de)**, (dir.), *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Paris, KARTHALA, 2003, 498 p.

[480]

**PARET, Henri**, *L'économie des soins médicaux*, Paris, Les Editions ouvrières, 1978, 214 p.

**PERETTI-WATEL, Patrick**, « Les comportements à risque », in **Isabelle CORPART**, (dir.), *Problèmes politiques et sociaux*, dossier n° 914, La Documentation Française, Décembre 2005, 120 p.

**PISANI, Lelia, DIAOURÉ, Ramata, OUMAR WALET, Fadimata**, « Grossesse et accouchement dans le cercle de Bandiagara », chapitre 4, pp. 107-172 in **COPPO, Piero KEITA, Arouna**, (dir.), *Médecine Traditionnelle. Acteurs, itinéraires thérapeutiques*, Editions e, 1990, 324 p.

**RAINHORN, Jean-Daniel**, « Un avenir incertain » pp. 11-35, (dir.), **RAINHORN, Jean-Daniel et BURNIER, Mary-Josée**, *La santé au risque du marché. Incertitudes à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle*, Paris, Presses Universitaires de France, 2001, Collection Enjeux, IUED, 332 p.

**RAYSSIGUIER, Yvette, JEGU, Josianne, LAFORCADE, Michel**, (dir.), *Politiques sociales et de santé. Comprendre et agir*, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), Rennes, 2008, 492 p.

**SETBON, Michel**, *Risques, sécurité sanitaire et processus de décision*, Collection Médecine des risques, Paris, Elsevier, 2004, 170 p.

**SOHANI, Salim B., SALIM, Swafiya M., NYAMU, Henry, and ANNETT, Hugh**, « Health care financing. A model from Rural Kenya » pp. 131-138, in **AUDIBERT, Martine, MATHONNAT, Jacky**, et **ROODENBEKE, Eric (de)**, (dir.), *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Paris, KARTHALA, 2003, 498 p.

**VAILLAC (De) d'ANTIN Dominique**, « Hégémonie industrielle et développement durable : les complicités scandinaves » pp. 442-466, in **BERGÈS, Michel**, (dir.), *Penser les relations internationales*, Paris, L'Harmattan, collection « Pouvoirs comparés », septembre 2008, 472 p.

**VAN DORMAEL, Monique**, « Identités professionnelles en médecine générale et en soins de santé primaires » pp. 117-135, in **HOURS, Bernard**, (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, KARTHALA, 2001, 359 p.

[481]

**VIEL, Jean-François, CLERC, Stéphanie, et GUI, Hélène**, « Santé environnementale » pp. 422-426, in *Dictionnaire des risques*, 2<sup>e</sup> Edition sous la direction de **DUPONT, Yves**, Paris, Editions Armand Colin, 2007, 537 p.

**WERNER, Jean-François**, « Radiographie et tuberculose au Sénégal : pratiques, croyances et imaginaires en question », in **VIDAL, Laurent, FALL, Abdou Salam et GADOU, Dakouri**, (dir.), *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest : entre savoirs et pratiques*. Collection : Logiques sociales, Paris, L'Harmattan, 2005, 328 p.

*Ouvrages spécialisés, revues et autres articles et ouvrages  
is en ligne par « Les Classiques des sciences sociales »,  
une bibliothèque numérique fondée et dirigée  
par Jean-Marie TREMBLAY*

[Retour au sommaire](#)

**AMAT-ROZE, Jeanne-Marie**, « Santé et tropicalité en Afrique subsaharienne : un système multirisque » pp. 24-35, in **GRUÉNAIS, Marc-Eric et POURTIER, Roland**, (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, Afrique contemporaine, Numéro spécial, Trimestriel N° 195 Juillet-septembre 2000, La documentation Française, 282 p.

**BALANDIER, Georges**, « L'anthropologie africaniste et la question du pouvoir ». Un article publié dans les Cahiers internationaux de sociologie, vol. 65, juillet-décembre 1978, pp. 197-211. Paris : Les Presses universitaires de France. [En ligne] cf. « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 16 décembre 2009].

[482]

**BAUDON, Dominique**, « Les paludismes en Afrique subsaharienne » pp. 36-45, in **GRUÉNAIS, Marc-Eric** et **POURTIER, Roland**, (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, Afrique contemporaine, Numéro spécial, Trimestriel N° 195 Juillet-septembre 2000, La documentation Française, 282 p.

**BENOIST, Jean**, « La Médecine entre techniques, société et culture : pourquoi des sciences sociales de la santé », in **DIALMY, Abdessamad**, *Sciences sociales et santé au Maroc*, (dir.), Colloque organisé par la Faculté des Lettres et Sciences humaines Dhar el Mahrez de Fès et AMADES [Association d'anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé], 2-3 décembre 1999. Fès, Maroc, [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 14 janvier 2010].

**BERGÈS, Michel**, « Claude Lévi-Strauss et les réseaux : parenté et politique ». Un article publié dans la revue électronique [KLESIS - Revue philosophique](#), n° 10, 2008, pp. 1-33. Numéro intitulé : « Hommage à Claude Lévi-Strauss ». [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 15 décembre 2009].

**BRUNET-JAILLY, Joseph**, « La politique publique en matière de santé dans les faits en Afrique de l'Ouest francophone » pp. 191-203, in **Marc-Éric GRUÉNAIS** et **Roland POURTIER**, (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, Afrique contemporaine, Numéro spécial, Trimestriel N° 195 Juillet-septembre 2000, La documentation Française, 282 p.

**DESCARTES, René**, (1637) *Discours de la méthode. Pour bien conduire sa raison et chercher la vérité dans les sciences*, (Première partie). [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences

sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 25 novembre 2009].

**DESCLAUX, Alice**, *Les antirétroviraux en Afrique. De la culture dans une économie mondialisée*. In revue *Anthropologie et sociétés*, vol. 27, n°2, 2003, pp. 41-58. Québec : Département d'anthropologie, Université Laval, [483] [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 18 février 2010].

**DESCLAUX, Alice**, « De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant », Chapitre X, in **BENOIST, Jean**, (dir.), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris : Les Éditions Karthala, 1996, 520 p. Collection : Médecines du monde, [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 27 décembre 2009].

**DESCLAUX, Alice**, « L'éthique médicale appliquée aux sciences humaines et sociales : pertinence, limites, enjeux et ajustements nécessaires. », VERSION D'AUTEUR. Un article publié dans *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, vol. 101, n°2, 2008, pp. 77-84. [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 13 Janvier 2010].

**DORVIL, Henri**, « Types de sociétés et de représentations du normal et du pathologique : la maladie physique, la maladie mentale » Chapitre 15, pp. 305-332, in **DUFRESNE, Jacques, DUMONT, Fernand et MARTIN, Yves**, (dir.), *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie*, Québec : Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC), Presses de l'Université de Lyon, 1985, 1245 p. [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 17 décembre 2009].

**DORVIL, Henri et MAYER, Robert**, « Introduction. Problèmes sociaux : définitions et dimensions » pp. 1-13, in **DORVIL, Henri et MAYER, Robert**, (dir.), *Problèmes sociaux. Tome I. Théories et méthodologies. Introduction : Problèmes sociaux : définitions et dimensions*, Québec : Les Presses de l'Université du Québec, 2001, 592 p. Collection : Problèmes sociaux et interventions sociales, [en ligne], disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 10 décembre 2009].

[484]

**DUFRESNE, Jacques**, « La santé », in **DUFRESNE, Jacques, DUMONT, Fernand, et MARTIN, Yves**, (dir.), *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie*. Chapitre 49, pp. 985-1013. Québec : Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC) et les Presses universitaires de Lyon (PUL), 1985, 1245 p., [en ligne], texte disponible dans « Les Classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 10 janvier 2010].

**DUFRESNE, Jacques**, « L'impératif écologique », in **DUFRESNE, Jacques, DUMONT, Fernand, et MARTIN, Yves**, (dir.), *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie*. Chapitre 41, pp. 811-832. Québec : Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC) et les Presses universitaires de Lyon (PUL), 1985, 1245 p., [en ligne], texte disponible dans « Les Classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 10 janvier 2010].

**DUMAIS, Alfred**, « La santé imaginaire » pp. 275-284, in **DUMONT, Fernand et MARTIN, Yves**, (dir.), *Imaginaire social et représentations collectives*. Mélanges offerts à **Jean-Charles FALARDEAU**, pp. 275-284. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 1982, 441 p., [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 17 décembre 2009].

**FAINZANG, Sylvie**, « La construction culturelle de la norme et de la pathologie », un article publié dans la revue : Confrontation entre science et vivant. Numéro spécial intitulé : « Normal et Pathologique : où se trouve la frontière aujourd'hui ? », (Publication du Pôle Universitaire Européen, Montpellier et Languedoc-Roussillon), 1999, n°1, pp. 9-12. [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 15 décembre 2009].

**FASSIN, Didier**, *Entre politiques de la vie et politiques du vivant. Pour une anthropologie de la santé*, in la revue *Anthropologie et Sociétés*, 24, 1, 2000, pp. 95-116. Québec : département d'anthropologie, Université Laval, [485] [en ligne], texte disponible dans « Les Classi-

ques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 14 janvier 2010].

**FASSIN, Didier**, « La globalisation et la santé. Éléments pour une analyse anthropologique. » pp. 24-40, in **HOURS, Bernard**, (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris : Les Éditions Karthala, 2001, 358 p. Collection Médecines du monde. [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 14 décembre 2009].

**FASSIN, Didier**, « Maladie et médecine » pp. 38-49, in **FASSIN, Didier** et **JAFFRÉ, Yannick**, (dir.), *Sociétés, développement et santé*, Paris : Les Éditions Ellipses, 1990, 287 p. Collection Médecine tropicale, [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 07 décembre 2009].

**FASSIN, Didier**, « Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie », in **SAILLANT, Francine** et **GENEST, Serge**, (dir.), *Anthropologie médicale. Avantages locaux, défis globaux*, Chapitre 14, pp. 383-399. Québec : Les Presses de l'Université Laval ; Paris : Anthropos, 2005, 467 p. Collection Sociétés, cultures et santé. [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) » [consulté le 20 décembre 2009].

**GRUÉNAIS, Marc-Eric** et **POURTIER, Roland**, (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, Afrique contemporaine, Numéro spécial, Trimestriel N° 195 Juillet-septembre 2000, La documentation Française, 282 p.

**GRUÉNAIS, Marc-Éric**, Marie BADAKA, « Profession : médecin », pp. 250-258, propos recueillis par **Marc-Éric GRUÉNAIS**. In, **GRUÉNAIS, Marc-Éric** et **POURTIER, Roland**, (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux [486] défis*, Afrique contemporaine, Numéro spécial, Trimestriel N° 195 Juillet-septembre 2000, La documentation Française, 282 p.

**GRUÉNAIS, Marc-Éric** et **POURTIER, Roland** : « La « santé pour tous » en Afrique : un leurre ? » pp. 3-12, in **GRUÉNAIS, Marc-Éric** et **POURTIER, Roland**, (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, Afrique contemporaine, Numéro spécial,

Trimestriel N° 195 Juillet-septembre 2000, La documentation Française, 282 p.

**HOBBS, Thomas** (1651), *Léviathan. Traité de la matière, de la forme et du pouvoir de la république ecclésiastique et civile. Première partie : De l'homme*. (Traduit de l'anglais par **FOLLIOT, Philippe** à partir de *LEVIATHAN or the Matter, Form and Power of A Commonwealth Ecclesiastical and civil* by **HOBBS, Thomas** of Malmesbury London Printed for Andrew Crooke 1651), 143 p., [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 18 décembre 2009].

**JAFFRÉ, Yannick**, « Education et santé » pp. 50-66, in **FASSIN, Didier** et **JAFFRÉ, Yannick**, (dir.), *Sociétés, développement et santé*, Paris : Les Éditions Ellipses, 1990, 287 p., Collection Médecine tropicale, [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 07 décembre 2009].

**JAFFRÉ, Yannick**, « Les services de santé "pour de vrai". Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey) ». In : revue **Bulletin de l'A.P.A.D.** [Association Euro-Africaine pour l'Anthropologie du Changement social et du Développement], N° 17, 1999. LIT VERLAG, Münster – Hamburg, London. [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 28 décembre 2009].

**JAFFRÉ, Yannick**, « Dynamiques et limites socio-anthropologiques des stratégies de prévention et de contrôle des risques infectieux dans les pays en voie de développement », in : La maîtrise des maladies infectieuses, un défi de santé publique, une gageure médico-scientifique. Paris : Académie des sciences, Rapport sur la science et la technologie, n° 24, 2006, pp. 101-115. [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 29 décembre 2009].

**JAFFRÉ, Yannick**, « La maladie et ses dispositifs. » pp. 41-68, in **JAFFRÉ, Yannick** et **SARDAN, Jean-Pierre Olivier (De)**, (dir.), *La construction sociale des maladies*, Paris : Les Presses universitaires de [487] France, 1999, 376 p. Collection : Les champs de la santé. [En

ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 15 décembre 2009].

**JODELET, Denise**, « Culture et pratiques de santé ». Un article publié dans *Nouvelle Revue de Psychologie*, n° 1, 2006, pp. 219-239. [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 17 décembre 2009].

**LAGUEUX, Maurice**, « Qu'est-ce que le néo-libéralisme ? », article inédit : Département de philosophie, Université de Montréal : Les Cahiers virtuels, janvier 2004, [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 07 décembre 2009].

**LASSAGNE, Antoine**, « Exploitation forestière, développement durable et stratégies de pouvoir dans une forêt tropicale camerounaise ». Un article publié dans la revue *Anthropologie et sociétés*, vol. 29, n° 1, 2005, pp. 49-79. Québec : Département d'anthropologie, Université Laval, 2005, 258 p. [En ligne], disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 17 décembre 2009].

**LECORPS, Philippe, PATURET, Jean-Bernard**, *Santé publique du biopouvoir à la démocratie*, Editions de l'Ecole Nationale de la Santé publique, 1999, 186 p.

**LEMIEUX, Vincent**, « Les politiques publiques et les alliances d'acteurs », in **LEMIEUX, Vincent, BERGERON, Pierre, BÉGIN, Clermont, et BÉLANGER, Gérard**, (dir.), *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*. Chapitre 5, pp. 107-128. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 1994, 370 p., [en ligne], disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) » [consulté le 07 décembre 2009].

**LERBERGHE, Wim Van et BROUWERE, Vincent (de)**, « État de santé et santé de l'État en Afrique subsaharienne » pp. 175-190, in **GRUÉNAIS, Marc-Eric et POURTIER, Roland**, (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et [488] nouveaux défis*, Afrique contemporaine, Numéro spécial, Trimestriel N° 195 Juillet-septembre 2000, La documentation Française, 282 p.

**LETOURMY, Alain**, « Les mutuelles de santé en Afrique : conditions d'un développement » pp. 230-240, in **GRUÉNAIS, Marc-Eric**

et **POURTIER, Roland**, (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, Afrique contemporaine, Numéro spécial, Trimestriel N° 195 Juillet-septembre 2000, La documentation Française, 282 p.

**LOCKE, John (1690)**, *Traité du gouvernement civil*, Traduction française de David MAZEL en 1795 à partir de la 5<sup>e</sup> édition de Londres publiée en 1728. Une édition électronique réalisée à partir du livre de **John LOCKE (1690)**, *Traité du gouvernement civil*, 144 p., [en ligne] disponible in « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 18 décembre 2009].

**MARITOUX, Jeanne, BRUNETON, Carinne, et BOUSCHARAIN, Philippe**, « Le secteur pharmaceutique dans les États africains francophones », in **GRUÉNAIS, Marc-Eric et POURTIER, Roland**, (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, Afrique contemporaine, Numéro spécial, Trimestriel N° 195 Juillet-septembre 2000, La documentation Française, 282 p.

**MASSÉ, Raymond**, « La santé publique comme projet politique et projet individuel. », in **HOURS, Bernard**, (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*. Chapitre 2, pp. 41-66. Paris : Les Éditions Karthala, 2001, 358 p. Collection : Médecines du monde, [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 14 décembre 2009]. (Voir également la version imprimée citée plus haut).

**MASSÉ, Raymond**, « Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux. ». Un article publié dans la revue : *Anthropologie et Sociétés*, vol. 21, n° 1, 1997, pp. 53-72. Numéro intitulé : « Confluences ». Québec : département d'anthropologie, Université Laval. [En ligne], texte [489] disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 15 décembre 2009].

**MASSÉ, Raymond**, « Les fondements éthiques et anthropologiques d'une participation du public en santé publique ». Un article publié dans la revue *Éthique publique*, vol. 7, n° 2, 2005, pp. 107-124. Montréal : Les Éditions Liber. [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 23 novembre 2009].

**MASSÉ, Raymond**, « Introduction. Rituels thérapeutiques, syncretisme et surinterprétation du religieux » pp. 5-12, in **MASSÉ,**

**Raymond et BENOIST, Jean**, (dir.), *Convocations thérapeutiques du sacré*. Paris : Les Éditions Karthala, 2002, Collection : Médecines du monde, 493 p., [en ligne], texte disponible dans « Les Classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 07 décembre 2009].

**MEYNAUD, Jean**, « Introduction. Les pouvoirs de décision dans l'État moderne » pp. 9-29, in **MEYNAUD, Jean**, (dir.), *Les pouvoirs de décision dans l'État moderne*. Troisième recueil d'articles extraits de la *Revue internationale des sciences sociales*, Paris : UNESCO, 1967, 301 p., [en ligne], disponible in « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie Tremblay) », [consulté le 13 janvier 2010].

**MONTESQUIEU, (Charles-Louis de Secondat, 1689-1755)**, *De l'Esprit des lois*. (1748), Première partie (livres I à VIII). Une édition électronique réalisée à partir du livre de MONTESQUIEU, *De l'Esprit des lois (1748)*. Genève, Barillot, 144 p., [en ligne] disponible in « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 18 décembre 2009].

**MUNZELE Munzimi Jean-Macaire**, « L'aide au développement est-elle une thérapie pour l'Afrique ? ». Un article publié dans la revue MUNGAZI n° 13, 2004, pp. 11-16. [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 16 décembre 2009].

[490]

**PAQUET, Ginette**, et **TELLIER, Benoit**, « Les facteurs sociaux de la santé », in **LEMIEUX, Vincent, BERGERON, Pierre, BÉGIN, Clermont et BÉLANGER, Gérard**, (dir.), *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*. Chapitre 3, pp. 65-89. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2003, 507 p., [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 07 décembre 2009].

**PORGÈS, Laurence**, « Un thème sensible : l'excision en Afrique et dans les pays d'immigration africaine », *Afrique contemporaine*, Dossier spécial *Culture et société*, Trimestriel N° 196, 2000, La documentation Française, 166 p.

**RADI, Saadia**, « Les maux entre Dieu, les génies et les hommes », Chapitre VII, in **BENOIST, Jean**, (dir.), *Soigner au pluriel. Essais*

*sur le pluralisme médical*. Paris : Les Éditions Karthala, 1996, 520 p. Collection : Médecines du monde, [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 27 décembre 2009].

**ROCHE, Pierre-Alain**, « L'eau, enjeu vital pour l'Afrique » pp. 39-75, in *Afrique contemporaine*, 205, Dossier – Printemps 2003

**ROUSSEAU, Jean-Jacques** (1762), *DU CONTRAT SOCIAL ou Principes du droit politique*. Une édition produite à partir du texte publié en 1762, [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 26 janvier 2010].

**SALEM, Gérard, CADOT, Emmanuelle** et **FOURNET, Florence**, « Villes africaines et santé : de la nouvelle jeunesse des vieilles endémies, à l'émergence de nouvelles épidémies » pp. 60-70, in **GRUÉNAIS, Marc-Eric** et **POURTIER, Roland**, (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, *Afrique contemporaine*, Numéro spécial, Trimestriel N° 195 Juillet-septembre 2000, La documentation Française, 282 p.

[491]

**SARDAN, Jean-Pierre Olivier (De)**, « Sociétés et développement » pp. 28-37, in **FASSIN, Didier** et **JAFFRÉ, Yannick**, (dir.), *Sociétés, développement et santé*. Collection Médecine tropicale. Paris : Les Éditions Ellipses, 1990, 287 p. [En ligne], disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 15 décembre 2009].

**SAVADOGO, Mahamadé**, « État et société civile » pp. 533-552, in **BOULAD-AYOUB, Josiane** et **BONNEVILLE, Luc**, (dir.), *Souverainetés en crise*, Collection : Mercure du Nord. Québec : L'Harmattan et Les Presses de l'Université Laval, 2003, 569 p. [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 27 avril 2011].

**TONDA, Joseph** et **GRUÉNAIS, Marc-Eric**, « Les « médecines africaines » et le syndrome du prophète » pp. 273-282 in **GRUÉNAIS, Marc-Eric** et **POURTIER, Roland**, (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, *Afrique contemporaine*, Numéro spé-

cial, Trimestriel N° 195 Juillet-septembre 2000, La documentation Française, 282 p.

**TREMBLAY, Diane-Gabrielle**, « L'apport des théories institutionnalistes au renouvellement de l'approche d'économie politique », in revue *Interventions économiques*, n° 28 - Janvier 2002, [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 10 décembre 2009].

**TREMBLAY, Marc-Adéland**, « La santé en tant que phénomène global » chapitre 2, pp. 49-89., in **JOSHI, Purushottam** et **GRACE, Gaston-René (de)**, (dir.), *Conceptions contemporaines de la santé mentale*, Montréal : Décarie Éditeur, 1983, 365 p., [en ligne] cf. « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 07 décembre 2009].

**TURMEL, André**, « Le retour du concept d'institution (1997) », (dir.), **TURMEL, André**, *Culture, institution et savoir. Culture française d'Amérique*, pp. 1-24. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 1997, [492] 230 p., [en ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 10 décembre 2009].

**WEBER, Max**, « La domination légale à direction administrative bureaucratique », chapitre 2, pp. 23-32, in **TESSIER, Roger** et **TELLIER, Yvan**, (dir.), *Théories de l'organisation. Personnes, groupes, systèmes et environnement*, Québec : Les Presses de l'Université du Québec, 1991, 347 p. Collection : Changement planifié et développement des organisations. Tome 3. [Ce texte a d'abord paru dans *Economie et Société*, Paris, Plon, 1971. Publication originale, posthume, 1921.] [En ligne], texte disponible dans « Les classiques des sciences sociales (Jean-Marie TREMBLAY) », [consulté le 18 décembre 2009].

**PERSÉE**

[Retour au sommaire](#)

**BOURDIEU, Pierre**, « Habitus, code et codification ». In : « Actes de la recherche en sciences sociales ». Vol. 64, septembre 1986. *De quel droit ?* pp. 40-44, [en ligne], texte disponible sur Persée <http://www.persee.fr> [consulté le 13 janvier 2010].

**BOURDIEU, Pierre**, « Les trois états du capital culturel ». In : Actes de la recherche en sciences sociales. Vol. 30, novembre 1979. *L'institution scolaire*. pp. 3-6, [en ligne], article disponible sur Persée <http://www.persee.fr> [consulté le 14 juillet 2010].

**CISSÉ, Boubou, LUCHINI, Stéphane et MOATTI, Jean-Paul**, « Recouvrement des coûts et demande de soins dans les PED (Pays en Développement) » pp. 111-149, in : *Revue française d'économie*. Volume 18 n° 4, 2004, [en ligne], texte disponible sur Persée <http://www.persee.fr> [consulté le 15 juillet 2010].

**CROZIER, Michel**, « Sentiments, organisations et systèmes », In : *Revue française de sociologie*. 1971, 12-1. Analyse de systèmes en sciences sociales [493] (II). pp. 141-154, [en ligne], article disponible sur Persée <http://www.persee.fr> [consulté le 14 septembre 2010].

**FASSIN, Éric, FASSIN, Didier**, « De la quête de légitimation à la question de la légitimité : les thérapeutiques «traditionnelles » au Sénégal ». In : *Cahiers d'études africaines*. Vol. 28-2 N° 110. 1988, pp. 207-231, [en ligne], texte disponible sur Persée <http://www.persee.fr> [consulté le 26 juin 2010].

**HALL, Peter A. et TAYLOR, Rosemary C. R.**, « La science politique et les trois néo-institutionnalismes ». In : *Revue française de science politique*, 47<sup>e</sup> année, n° 3-4, 1997, pp. 469-496. (Traduit de l'Anglais par Jean-François Baillon), [en ligne], disponible sur Persée <http://www.persee.fr> [consulté le 12 janvier 2010].

**PHARO, Patrick**, « Problèmes empiriques de la sociologie compréhensive ». In : *Revue française de sociologie*. 1985, 26-1. pp. 120-149, également [en ligne], disponible sur Persée <http://www.persee.fr> [consulté le 31 mai 2010].

**POULAIN, Michèle**, « Les nouveaux instruments du droit international de la santé — Aspects de droit des traités ». In : *Annuaire français de droit international*, volume 51, 2005, pp. 373-400, également [en ligne], disponible sur Persée <http://www.persee.fr> [consulté le 26 juin 2010].

**POULAIN, Michèle**, « La protection de la santé publique face à la menace terroriste ». In : *Annuaire français de droit international*, volume 47, 2001, pp. 151-173, également [en ligne], disponible sur Persée <http://www.persee.fr> [consulté le 26 juin 2010].

**TALL, Emmanuelle Kadya**, « De la démocratie et des cultes voduns au Bénin » In : Cahiers d'études africaines. Vol. 35 N° 137, *La démocratie déclinée*. pp. 195-208, 1995, [en ligne], article disponible sur Persée, <http://www.persee.fr> [consulté le 10 avril 2010].

**VELASQUEZ, German**, « Pour une nouvelle politique pharmaceutique dans les pays du Tiers-Monde ». In : *Tiers-Monde*, 1986, tome 27 n° 105, pp. 109-127, [en ligne], article disponible sur Persée <http://www.persee.fr> [consulté le 03 Mai 2010].

[494]

### *Autres revues*

[Retour au sommaire](#)

**CLAVIER, Carole**, « La santé publique, un enjeu politique local ? La politisation de la santé publique en France et au Danemark », in Congrès AFSP 2009, Section thématique 22. Les formes contemporaines de la biopolitique : États, connaissances biomédicales et politiques publiques comparées (Axe 1), 12 p. [En ligne], article disponible en suivant le lien

<http://www.congresafsp2009.fr/sectionthematiques/st22/st22.html> consulté le 22 février 2012.

**DUMOND, Jean-Paul**, « Les conflits de pouvoir à l'hôpital » pp. 71-81, in *Revue Sève : Les Tribunes de la santé* 2003/1 (n° 1). Santé, où sont les pouvoirs ? Editions Presses de Sciences Po, 112 p., [en ligne] article disponible sur Revue : <http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2003-1.htm> [consulté le 2 septembre 2010].

**DUPRET, Baudouin**, « La typification des atteintes aux bonnes mœurs. Approche praxéologique d'une affaire égyptienne ». *International Journal for the Semiotics of Law/Revue Internationale de Sémiotique Juridique* Vol. XI n° 33 [1998], pp. 303-322, [en ligne], article disponible dans « L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL », [consulté le 18 juillet 2010].

**DURKHEIM, Émile**, *L'ÉTAT*, in *Revue philosophique*, 148, 1958, pp. 433 à 437. Publication posthume d'un cours datant de 1900-1905. Texte reproduit in **DURKHEIM, Émile**, *Textes 3. Fonctions sociales et institutions* (pp. 172 à 178). Paris : Les Éditions de Minuit, 1975, 570 pages. Collection : Le sens commun.

**HENRY, Christine & TALL, Emmanuelle Kadya**, « La sorcellerie envers et contre tous », *Cahiers d'Études africaines*, XLVIII (1-2), 189-190, 2008, pp. 11-34, [en ligne], mis en ligne le 15 avril 2008. URL : <http://etudesafricaines.revues.org/index9612.html>. [Consulté le 26 juin 2010].

[495]

### *Thèses et écrits académiques*

[Retour au sommaire](#)

**AUDOUBE, Aurélien**, *Le brevet à l'épreuve de l'accès aux soins. Biotechnologies de santé. Pays du Sud*. Thèse de doctorat en science politique, Université des sciences sociales de Toulouse, 2008, 408 p.

**BLOUIN GENEST, Gabriel**, *Vers une géopolitique critique de la santé : Espace, altérité et maladies infectieuses dans les Relations internationales*, École d'Études politiques, Université d'Ottawa. In *Dynamiques Internationales* N° 3 juin 2010, 20 p. [En ligne] [www.dynamiques-internationales.com](http://www.dynamiques-internationales.com)

**KINGUE, Samuel**, professeur de médecine, (Yaoudé), « Migration des personnels de la santé : données actuelles, proposition de solution », 40ème anniversaire. Faculté de médecine et des sciences biomédicales (FMSB). Yaoudé. Juillet 2009, 22 p.

**KOUKPO, Sainhoude Rachel**, « Le droit de la santé au Bénin : état des lieux », communication scientifique : Animation régionale de

Dakar, Réseau des chercheurs « Droit de la santé » Agence Universitaire de la Francophonie, mars, 2005, 16 p.

[496]

*Archives administratives :  
documentation relative aux institutions nationales,  
internationales, sous-régionales et articles de presse.*

[Retour au sommaire](#)

**Bénin – assemblée nationale** – Commission des lois (cadre légal de la décentralisation de l’administration territoriale) – 25/26 juin 1996.

**Bénin – Centre International de développement et de Recherche (CIDR)**, « Etude de cas des mutuelles d’assurance maladie du Sud Borgou et du Nord Zou au Bénin », Programme appuyé par le CIDR, Centre International de développement et de Recherche. Sur financement de la Direction du Développement et de la Coopération Suisse (DDC), CIDR – Bénin – Mutuelles d’assurance maladie – Janvier 2001, 20 p.

Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire – BEH – Éditorial n°24 du 12 juin 2007 : « 15 juin 2007 : entrée en application du nouveau Règlement sanitaire international » pp. 206-216, par Pr **BRÜCKER, Gilles**, Directeur général, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France et Pr **HOUSSIN, Didier**, Directeur général de la santé, Paris, France.

**Comité National de Lutte contre le Sida & ONUSIDA**, Rapport de Situation National à l’intention de l’UNGASS Bénin 2010, 76 p.

**Conférence Africaine sur la sécurité routière** du 05 – 07 Février 2007, Accra, GHANA, « Les accidents de la circulation et les traumatismes, la gestion de données, expérience du Bénin » présenté par **Nestor VITODÉGNI**, ingénieur polytechnicien chargé des Etudes et des Statistiques au Centre National de Sécurité Routière du BENIN, 17 p.

**Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale, Secrétariat Permanent (CIPRES)**, « Etude du niveau d’instauration de

l'Assurance Maladie dans les États membres de la CIPRES », décembre 2010, 20 p.

**Conseil d'Analyse Economique (CAE)**, « Marché parallèle des médicaments au Bénin », un rapport de **SOSSOU, Gilles Armand, NOUKPO, Homégnon, MOUNIROU, Ichaou**, réalisé à l'Imprimerie Tropicale, Cotonou 2010, 144 p. et 14 pages préliminaires.

[497]

Convention de Stockholm sur les Polluants Organiques Persistants (POP), 2001, document en PDF, 40 p.

**ebeninois.com, webzine économique du Bénin**, publication télématique du 1<sup>er</sup> mars 2010, « Bénin : du poison dans le poisson ? », article de presse de **Cyprien GANGNON**, [en ligne, consulté le 04 mars 2010].

**FAO, Food and Agriculture Organization, ou Organisation pour l'alimentation et l'agriculture (FAO)**, « Notes d'orientation », 2006 N° 2, 4 p.

**FAO/OMS Conférence régionale** sur la sécurité sanitaire des aliments pour l'Afrique, Harare, Zimbabwe, 3-6 octobre 2005, « Analyse de la situation de la Sécurité Sanitaire des Aliments » (Préparé par la **République du Bénin**), 18 p.

**FAO, Organisation des Nations-Unies pour l'alimentation et l'agriculture**, Contribution du Secrétariat pour la définition des objectifs et les possibles décisions, Sommet mondial sur la sécurité alimentaire, novembre 2009, 14 p.

**Fondation Chirac**, « Accès à des médicaments et une santé de qualité. Mobilisation contre les faux médicaments », document de travail réalisé à partir de l'Appel international de Cotonou du 12 octobre 2009, 15 p.

**Fonds Africain de Développement et Banque Africaine de Développement**, « Bénin – Document relatif à l'approbation de l'Initiative PPTE – Point d'achèvement dans le cadre du dispositif PPTE renforcé », 2003, 16 p.

**Fraternité – Le journal** du 12 février 2009, article de presse écrite, rubrique Santé, « Le CHDO, un véritable mouvoir pour les mala-

des », par **Reece H. ADANWÉNON**, [en ligne, consulté le 08 Août 2010].

**Fraternité – Le journal** du 29 avril 2009, article de presse écrite par **Léonce HOUNGBADJI**, [en ligne, consulté le 31 mai 2009].

**GUÉZO Fortuné Luc Olivier**, Directeur de la législation, de la codification et des sceaux, « État des lieux de l'encadrement juridique des mutuelles de santé au Bénin », 18 p., publication non datée.

[498]

**Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire (IRSN)**, « Synthèse de la mission de l'IRSN du 28 au 30 avril 2008 concernant l'identification et la mise en sécurité d'une source radioactive au Bénin », 5 p.

**LDCB**, « Les OGM en question », publication non datée de la Ligue de Défense du Consommateur au Bénin (LDCB), 13 p.

**Le Matinal**, parution du 9 octobre 2009, « Sorcellerie et infanticide de rituel dans le Nord du Bénin : le drame des « enfants mal nés » », source citée par le quotidien : IRIN (Agence de presse de l'Onu), [en ligne, consulté le 23 novembre 2009].

**MBENGUE, Cheikh S. A., TINGUE-AZALOU, Albert et OMYALE, Pascal**, Septembre 2000. *Zones sanitaires, cogestion et décentralisation au Bénin*. Rapport technique N°52 Bethesda, MD, Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc., 52 p.

**Ministère de l'Urbanisme, de l'Habitat, de la Réforme Foncière et de la Lutte contre l'Erosion Côtière**, Préviation de marché de travaux, appel d'offres ouvert international du 15 septembre 2008, 1 p.

**Ministère de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme, Direction de l'Environnement**, « Cadre national de biosécurité et plan d'actions du Bénin », Projet : N° GF/2716-01-4319 : Développement du Cadre National sur la Biosécurité, 68 p., publication non datée.

**OMS, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique** (2009), Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays, 2009–2013 Bénin, Bibliothèque de l'OMS/AFRO, 57 p.

**OMS, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe**, « Investir dans le personnel de santé pour renforcer les systèmes de santé », Aide-mémoire 06/07 Belgrade, Copenhague, 17 septembre 2007, 4 p., [en ligne, consulté le 18 septembre 2010].

**OMS/Groupe de travail intergouvernemental sur la révision du Règlement Sanitaire International**, A/IHR/IGWG/INF.DOC./1 du 30 septembre 2004, « Examen et approbation des amendements proposés au Règlement sanitaire international : relations avec d’autres instruments internationaux », 11 p.

[499]

**OMS**, Rapport sur la santé dans le monde en 2006, cf. tableau relatif à la répartition des agents de santé dans les États membres de l’OMS. 5 p., [en ligne, consulté le 18 septembre 2010].

**OMS**, 2009, Stratégie de coopération, 2 p., [en ligne] disponible sur : <http://www.who.int/countryfocus> WHO/DGR/CCO/09.03/Benin, [consulté le 04 septembre 2010].

**Organisation Béninoise pour la Promotion de l’Agriculture Biologique (OBEPAB)**, « Le Coton au Bénin : rapport de consultation sur le coton conventionnel et le coton biologique au Bénin. A report for PAN UK’s Pesticides Poverty and Livelihoods project » OBEPAB – Août 2002, 36 p.

**PONADEC** (Politique Nationale de Décentralisation et Déconcentration), avril 2008

**République du Bénin**, Constitution du 11 décembre 1990.

**République du Bénin, Département des Collines, Commune de Savalou**, « Plan de Développement Communal de Savalou », Mars 2005, 146 p.

**République du Bénin**, « Politique et stratégie de développement de la kinésithérapie au Bénin 2006-2010. Proposition de texte résultant des travaux de l’atelier de Production tenu à Grand Popo les 22, 23, 24 juin 2005 ». Document de travail – Atelier national de validation Octobre 2005, 30 p.

**République du Bénin**, « Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté, SCRP », version finale, Avril 2007, 131 p.

**République du Bénin/ HAAC – Haute Autorité de l’Audiovisuelle et de la Communication**, DECISION N° 09-073/HAAC portant règlementation de la publicité en matière de médicaments, de pharmacopée et de médecine traditionnelle du 23 Décembre 2009, [en ligne] voir site web de la HAAC – Bénin, <http://www.haacbenin.org>, [consulté le 28 juillet 2010], 4 p.

**République du Bénin**, Loi n° 97-029 du 15 janvier 1999 relative à l’organisation des communes en république du Bénin.

**République du Bénin, Ministère Chargé du Plan, de la Prospective et du Développement (MCPPD), Agence de Financement des Initiatives de Base (AGeFIB)**, « Étude du Cadre de Gestion des Risques [500] Environnementaux et Sociaux (CGRES) du Projet National de Développement Conduit par les Communautés (PNDCC) », Janvier 2004, 163 p.

**République du Bénin, Ministères en charge de l’éducation**, « Plan décennal de développement du secteur de l’éducation 2006-2015 », tome 1, 2006, 214 p.

**République du Bénin, Ministère de l’Environnement, de l’Habitat et de l’Urbanisme (MEHU) & Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)**, « Stratégie nationale et plan d’action pour la conservation de la diversité biologique », mars 2002, 144 p.

**République du Bénin, Ministère des Finances et de l’économie, Direction Générale de l’Economie, Direction des Assurances**, « Etude du phénomène de non assurance en responsabilité civile automobile au Bénin », Mars 2006, 70 p.

**République du Bénin, Ministère de la santé, Direction nationale de la protection sanitaire, Programme national de lutte contre le paludisme**, « Plan stratégique de lutte contre le paludisme au Bénin 2006-2010 », révision décembre 2007, 96 p.

**République du Bénin et PNUD**, Rapport sur le Développement Humain au Bénin, VIH/SIDA et Développement Humain, 2005, 242 p.

**République togolaise, Ministère de l’Environnement et des Ressources Forestières, Direction de l’Environnement**, « Cadre national de biosécurité Togo », Projet N° GF/2716-02-4387 : « Mise

en place du cadre national de Biosécurité », décembre 2004, 146 p., hors pages préliminaires.

**Secrétariat de la Convention sur la diversité biologique** (2000). Protocole de Cartagena sur la prévention des risques biotechnologiques relatif à la Convention sur la diversité biologique : texte et annexes. Montréal : Secrétariat de la Convention sur la diversité biologique, 30 p.

**Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), La Commission, Programme Régional de Biosécurité en Afrique de l'Ouest**, « Cadre de Gestion Environnementale et Sociale pour la biosécurité (CGES) », version finale du 29 décembre 2010, 143 p.

[501]

**UEMOA, Conseil des ministres**, Règlement N° 2/2005/CM/UEMOA, relatif à l'harmonisation de la réglementation pharmaceutique dans les États membres de l'UEMOA, adopté et entré en vigueur le 04 juillet 2005 à Dakar.

**UEMOA, Conseil des ministres**, Règlement N° 2/2006/CM/UEMOA, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation de mise sur le marché et la surveillance des médicaments vétérinaires et instituant un comité régional du médicament vétérinaire, adopté et entré en vigueur le 23 mars 2006 à Abidjan.

**UEMOA, Conseil des ministres**, Directive N° 07/2006/CM/UEMOA relative à la pharmacie vétérinaire, édictée et entrée en vigueur le 23 mars 2006.

### *Blog et sites internet*

[Retour au sommaire](#)

**AITEC** <http://aitec.reseau-ipam.org> (réf.) « La décentralisation en Afrique sub-saharienne : rappels historiques et contexte actuel », [en ligne, consulté le 26 août 2010].

**Ambassade de France au Bénin**, « Les collectivités locales françaises face à la coopération décentralisée » rubrique, La coopération

décentralisée en marche – Qu'est-ce que la coopération décentralisée ?

[http://www.ambafrancebj.org/france\\_benin/spip.php?rubrique101](http://www.ambafrancebj.org/france_benin/spip.php?rubrique101), [en ligne, site consulté le 21 juin 2009].

Code de la santé publique français [en ligne], disponible sur Legifrance : <http://www.legifrance.gouv.fr>

**Conférence Internationale des Ordres de Pharmaciens Francophones (CIOPF)** – source – ONPB, Ordre national des Pharmaciens du Bénin. [http://www.ciopf.org/fiches\\_des\\_pays/benin](http://www.ciopf.org/fiches_des_pays/benin) [en ligne, site consulté le 18 septembre 2010].

**Fondation Chirac**, <http://www.fondationchirac.eu/> [en ligne, site consulté le 20 Mai 2011].

**Fondation Pierre Fabre**, <http://fondationpierrefabre.org/lutte-contre-les-faux-medicaments> [en ligne, site consulté le 20 Mai 2011].

**FAO**, 2011, [http://www.fao.org/ag/agn/agns/chemicals\\_pesticide\\_fr.asp](http://www.fao.org/ag/agn/agns/chemicals_pesticide_fr.asp) [en ligne, site consulté le 27 février 2011]

**IZF.net** <http://www.izf.net> (réf.) « La situation économique et financière du Bénin », [en ligne, consulté le 20 février 2011].

**LE BOHEC, David**, animateur du blog <http://projetafrique.canalblog.com/>, blog de six étudiants infirmiers français ayant séjourné au Bénin – année 2009 : (**Aliénor COMTE, Marie BRENAUT, Nolwenn LE COGUIC, David LE BOHEC, Marie CAPITAINÉ, Laure MAHÉ**) [en ligne, consulté le 04 août 2010].

**Mairie d'Albi** <http://www.mairie-albi.fr/> [en ligne, site consulté le 15 juillet 2009].

**Municipalité de Parakou** : <http://www.villeparakou.bj/index.php>, [en ligne, site consulté le 10 août 2010].

[503]

**AFRIQUE COMPARABLE ?  
SANTÉ PUBLIQUE ET SÉCURITÉ GLOBALE AU BÉNIN.**

**TABLE DES ANNEXES**

Annexe 1 : cartographie et illustrations photographiques. [504]

Annexe 2 : tableaux et encadrés. [510]

[Retour au sommaire](#)

[504]

## Annexe 1

### cartographie et illustrations photographiques

[Retour au sommaire](#)

#### Document 1

Image Api-palu <sup>731</sup> : médicament néo-traditionnel ou phytomédicament distribué par Api-Bénin.



Ce médicament néo-traditionnel dans le traitement du paludisme est connu des populations et distribué dans certaines pharmacies ou dans les magasins pharmaceutiques de ventes des thérapeutiques désignées sous l'appellation commerciale de « Api-Bénin ».

---

<sup>731</sup> Source : **Valentin AGON**, *Pourquoi et comment constituer les États-Unis d'Afrique ? Pourquoi l'Afrique reste en retard pour son développement ? L'appel à l'intelligence du devoir de l'audace d'être nous-mêmes*, op. cit., p 2, [en ligne], document disponible sur le site web [www.afrique-emergence.com](http://www.afrique-emergence.com), [consulté le 19 août 2010]

[505]

**Document 2**

Carte politique et administrative du Bénin <sup>732</sup>.

**CARTE POLITIQUE ET ADMINISTRATIVE DU BÉNIN**

*Carte administrative du Bénin*



<sup>732</sup> Source : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (IN-  
SAE). Réf. Enquête sur la criminalité au Bénin.

[506]

### Document 3

illustration photo <sup>733</sup> des actions d'aide alimentaire du PAM - BENIN

[Retour au sommaire](#)



Distribution de rations sèches aux écolières dans une école primaire de Lokossa – Bénin.

---

<sup>733</sup> Photo source : PAM/Jean Pierre Cebron,  
cf. <http://www.wfp.org/countries/Benin/Media/Benin-photo-archive> Lokossa, Bénin -  
Janvier 2001. Distribution de rations sèches aux enfants et écolières.

[507]

## Document 4

### Coton biologique et cultures vivrières

[Retour au sommaire](#)

**Image-photo OBEPAB :** Technique écologique de protection du cotonnier

« *Culture du coton biologique et cultures vivrières au Bénin : le rôle de l'OBEPAB et des organisations d'agriculteurs* ».



« *Le personnel de terrain de l'OBEPAB prépare une « nourriture* » pour attirer les insectes prédateurs des parasites du coton. Source : *Damien Sanfilippo* ». Source citée par OBEPAB : Cf. OBEPAB et coton biologique, [www.obepab.bj](http://www.obepab.bj)

[508]

**Image-photo OBEPAB**  
Action d'information et de vulgarisation agricole

[Retour au sommaire](#)

« *Formation et services d'informations pour les agriculteurs* »



« *Discussion sur les observations de la santé des cultures de coton dans un champ école paysan. Source : OBEPAB* ». Cf. OBEPAB et coton biologique, [www.obepab.bj](http://www.obepab.bj)

[509]

### Document 5

mise en débat public de la menace de l'érosion littorale.

[Retour au sommaire](#)



Cartographie d'une partie du littoral dans le Golfe de Guinée à partir du littoral béninois

Source : adaptée de BBC AFRIQUE.Com



Activité de prélèvement de sable marin  
Source : adaptée de BBC AFRIQUE.COM



Hôtel Palm Beach à Cotonou. Source : adaptée de BBC AFRIQUE.Com



Bénin, érosion littorale :  
source **DEGBE Georges**,  
Chercheur au CRHOB



Bénin, érosion littorale :  
source **DEGBE Georges**,  
Chercheur au CRHOB

[510]

## Annexe 2

### tableaux et encadrés

[Retour au sommaire](#)

**Document 1** : Tableau <sup>734</sup> retraçant les quatre catégories des compétences propres aux professions de santé :

<b>Les professions médicales et pharmaceutiques</b>	Médecin, Chirurgien-dentiste, Pharmacien, Sage-femme
<b>Les professions de soins</b>	Aide-soignant, Auxiliaire de puériculture, Infirmier, Infirmier-anesthésiste, Infirmier de bloc opératoire, Puéricultrice
<b>Les professions de rééducation</b>	Diététicien, Masseur-kinésithérapeute, Ergothérapeute, Psychomotricien, Orthoptiste, Pédicure podologue, Orthophoniste....
<b>Les professions médico-techniques</b>	Opticiens-lunetier, Audioprothésiste, Technicien de laboratoire d'analyse de biologie médicale, Manipulateur d'électroradiologie médicale, Ambulancier....

---

<sup>734</sup> Yvette RAYSSIGUIER, Josianne JEGU, Michel LAFORCADE, (dir.), *Politiques sociales et de santé. Comprendre et agir*, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), op. cit., p. 337.

[511]

La catégorisation des champs d'action présentée par ce tableau des différentes compétences propres à l'exercice des professions de santé détermine le degré et le niveau d'intervention de chaque acteur en fonction de ses compétences professionnelles. Pourtant, la réalité du terrain béninois des pratiques des soins de santé fait constater partout, dans le secteur public comme dans le privé, le don d'ubiquité qui fait machinalement passer l'aide-soignant dans l'exercice de sa fonction, pour l'infirmier ou pour les compétences de la sage-femme et l'infirmier pour celles du médecin.

[512]

**Document 2**

Répartition <sup>735</sup> du personnel de santé et principaux ratios par département au 31 Décembre 2002 (MSP) et données relatives aux pharmaciens et officines pharmaceutiques (CIOPF/ONPB).

**Tableau A** <sup>736</sup>

Répartition spatiale et par habitants des médecins

Départements	Médecins			Nombre d'habitants par Médecin
	Public	Privé	Total	
<b>Alibori</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>13</b>	<b>40084</b>
Atacora	21	2	23	23888
Atlantique	17	79	96	8351
Borgou	28	21	49	14779
Collines	15	8	23	23301
Couffo	13	7	20	26229
<b>Donga</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>58652</b>
<b>Littoral</b>	<b>132</b>	<b>390</b>	<b>522</b>	<b>1274</b>
Mono	30	2	32	11251
Ouémé	59	32	91	8030
Plateau	10	10	20	20356
Zou	21	23	44	13636
<b>National</b>	<b>363</b>	<b>576</b>	<b>939</b>	<b>7210</b>

Dans ce tableau (A), la pénurie des effectifs propres aux compétences d'un médecin est préoccupante dans tous les départements sauf pour le département du Littoral avec un ratio de 1274 habitants pour un médecin. Ce ratio est critique dans les départements de la Donga (58652 habitants pour un médecin) et de l'Alibori (40084 habitants pour un médecin). Nous pouvons constater avec ce tableau (A) que se

<sup>735</sup> République du Bénin, Ministère Chargé du Plan, de la Prospective et du Développement (MCPD), Agence de Financement des Initiatives de Base (AGeFIB), « Étude du Cadre de Gestion des Risques Environnementaux et Sociaux (CGRES) du Projet National de Développement Conduit par les Communautés (PNDCC) », Janvier 2004, op. cit., p. 82

<sup>736</sup> Source : MSP/DPP/SSDROSNIGS, 2002 et MSP/DIVI, Recensement des formations sanitaires privées au Bénin, 1998. Tableau adapté.

pose non seulement un problème de pénurie des compétences médicales [513] mais encore un sérieux problème de répartition des ressources humaines médico-techniques disponibles en termes de couverture égalitaire des douze départements en nombre suffisant et raisonnable de médecins. Paradoxalement, c'est le plus petit, en superficie et en nombre d'habitants, des douze départements (le Littoral) qui polarise et concentre à lui tout seul, plus de la moitié des ressources humaines médicales disponibles. Soit 522 médecins dans le Littoral pour un total de 939 médecins au niveau national. Cette tendance générale qui persiste et impose des mesures publiques correctives, explique avant tout le don d'ubiquité des professionnels de soins de santé – aides-soignants et infirmiers – qui cherchent ainsi à compenser la pénurie de l'offre des soins médicaux.

**Tableau B <sup>737</sup>**  
Répartition spatiale et par habitants des infirmiers

Départements	Infirmiers			Nombre d'habitants par infirmier
	Public	Privé	Total	
Alibori	138	21	159	3277
Atacora	136	4	140	3924
Atlantique	133	178	311	2578
Borgou	211	124	335	2162
Collines	107	63	170	3152
Couffo	107	25	132	3974
<b>Donga</b>	<b>38</b>	<b>4</b>	<b>42</b>	<b>8379</b>
<b>Littoral</b>	<b>453</b>	<b>252</b>	<b>705</b>	<b>943</b>
Mono	126	13	139	2590
Ouémé	260	87	347	2106
Plateau	71	24	95	4285
Zou	137	62	199	3015
<b>National</b>	<b>1917</b>	<b>857</b>	<b>2774</b>	<b>2440</b>

<sup>737</sup> Source : MSP/DPP/SSDRO-SNIGS, 2002 et MSP/DIVI, tableau adapté, ibidem.

[514]

Le tableau (B) complète les constatations précédentes avec les mêmes polarisations des infirmiers dans le Littoral et les mêmes désaffections dans les autres départements et en particulier celui de la Donga.

**Tableau C** <sup>738</sup>  
Répartition spatiale et par habitants des sages-femmes

Départements	Sages-femmes			Nombre de femmes aptes à procréer par sage-femme
	Public	Privé	Total	
Alibori	20	5	25	4586
Atacora	35	2	37	3289
<b>Atlantique</b>	<b>95</b>	<b>92</b>	<b>187</b>	<b>997</b>
Borgou	53	9	62	2503
Collines	28	11	39	3191
Couffo	17	1	18	6956
Donga	19	0	19	4109
<b>Littoral</b>	<b>168</b>	<b>161</b>	<b>329</b>	<b>572</b>
Mono	46	3	49	7348
<b>Ouémé</b>	<b>116</b>	<b>39</b>	<b>155</b>	<b>1146</b>
Plateau	26	11	37	2632
Zou	45	27	72	1978
<b>National</b>	<b>668</b>	<b>361</b>	<b>1029</b>	<b>1555</b>

La répartition des sages-femmes sur l'ensemble des douze départements présente également un déséquilibre, lequel favorise les départements du Sud-Bénin au détriment des départements du Nord-Bénin. Aussi n'est-il pas rare de voir dans ces départements déshérités des aides-soignants ou des assistantes de sages-femmes ayant suivi un apprentissage d'aide de sage-femme ou d'assistantes de médecin accoucheur dans un cabinet privé, s'installer pour leur compte ou exercer dans un établissement de soins de santé une activité médicale de sage-femme.

<sup>738</sup> Source : MSP/DPP/SSDRO-SNIGS, 2002 et MSP/DIVI, tableau adapté, ibidem.

[515]

**Tableau D <sup>739</sup>**  
Répartition spatiale et par habitants des techniciens de laboratoire

Départements	Techniciens de laboratoire			Nombre d'habitants par techniciens de laboratoire
	Public	Privé	Total	
Alibori	12	1	13	40201
Atacora	17	2	19	28917
Atlantique	16	13	29	27644
Borgou	20	11	31	23360
<b>Collines</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>89321</b>
Couffo	10	1	11	47690
Donga	8	3	11	31992
<b>Littoral</b>	<b>77</b>	<b>68</b>	<b>145</b>	<b>4587</b>
Mono	26	0	26	13848
Ouémé	42	17	59	12386
Plateau	9	0	9	45235
Zou	18	10	28	19998
<b>National</b>	<b>261</b>	<b>126</b>	<b>387</b>	<b>17493</b>

La lecture de ce tableau (D) appelle les mêmes constats que pour les autres professions de santé : une disparité dans la répartition des techniciens de laboratoire sur l'ensemble des douze départements. Cette disparité s'explique aussi par le fait que tous les établissements de soins de santé ne sont pas pourvus en équipements médico-techniques. De la même manière, tous les départements ne sont pas équipés ou suffisamment équipés en structures sanitaires d'analyses biomédicales. Par ailleurs, le nombre de techniciens de laboratoire reste trop faible pour l'ensemble des douze départements.

<sup>739</sup> Source : MSP/DPP/SSDRO-SNIGS, 2002 et MSP/DIVI, tableau adapté, ibidem.

[516]

**Tableau E <sup>740</sup>**  
Données relatives aux pharmaciens et officines pharmaceutiques

<b>Données pharmaceutiques</b>	<b>Nombre</b>	<b>Années</b>	<b>Source</b>
Nombre total de pharmaciens au niveau national	<b>280</b>	<b>2010</b>	Ordre National des Pharmaciens du Bénin
Nombre d'officines pharmaceutiques	<b>196</b>	<b>2010</b>	
Nombre de dépôts pharmaceutiques (structures de dispensation sous la responsabilité d'une officine mais sans la présence effective et constante d'un pharmacien)	<b>260</b>	<b>2004</b>	

<sup>740</sup> Tableau adapté de la page web du CIOPF Conférence Internationale des Ordres de Pharmaciens Francophones – source – ONPB Ordre national des Pharmaciens du Bénin. [http://www.ciopf.org/fiches\\_des\\_pays/benin](http://www.ciopf.org/fiches_des_pays/benin) [en ligne, consulté le 18 septembre 2010]

[517]

**Document 3**

tableau n°1 adapté <sup>741</sup> du rapport sur la santé en 2006, OMS (Bénin), répartition des agents de santé dans les États membres.

[Retour au sommaire](#)

Spécialités	Effectifs	Densité pour 1000	Année
Médecins	311	0,04	2004
Personnel infirmier	5789	0,84	
Pharmaciens	11	0,00	
Dentistes	12	0,00	
Techniciens de laboratoire	477	0,07	

Tableau n°2 adapté <sup>742</sup> de (source FAO, SMIAR) : état des crises alimentaires graves dans le monde en 2005

Variable dominante	Afrique	Asie	Amérique latine	Europe	Total
Humaine	10	3	1	1	15
Naturelle	8	7	1	0	16
Mixte	7	1	0	0	8
Total	25	11	2	1	39

Source : FAO, SMIAR, 2005

<sup>741</sup> Tableau adapté du Rapport sur la santé dans le monde en 2006, OMS, cf. tableau relatif à la répartition des agents de santé dans les États membres de l'OMS, [en ligne, consulté le 18 septembre 2010]

<sup>742</sup> FAO, Food and Agriculture Organization, ou Organisation pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), « Notes d'orientation » 2006 N°2, op. cit., p. 2.

[518]

**Document 4**

Tableau 743 de la pyramide sanitaire du Bénin.

[Retour au sommaire](#)

NIVEAUX	Structures de gestion administratives	Institutions hospitalières et socio-sanitaires	Spécialités
<b>Central ou national</b>	Ministère de la Santé Publique (MSP)	Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) Centre National de Pneumo-Phthisiologie (CNPP) Centre National de Psychiatrie (CNP)	- Médecine - Pédiatrie - Chirurgie - Gynéco-obstétrique - Radiologie - Laboratoire - ORL - Ophtalmologie - Stomatologie - Autres spécialités
<b>Intermédiaire ou départemental</b>	Direction Départementale de la Santé Publique (DDSP)	Centre Hospitalier Départemental (CHD)	- Médecine - Pédiatrie - Chirurgie - Gynéco-obstétrique - Radiologie - Laboratoire - Stomatologie - Autres spécialités
<b>Périphérique ou communal</b>	Zone Sanitaire (ZS) (Bureau de zone)	- Hôpital de Zone (HZ) - Centre de Santé Communale (CSCOM) Formations sanitaires privées	- Médecine général - Chirurgie d'urgence - Gynéco-obstétrique - Laboratoire - Radiologie - Stomatologie - Pharmacie
		Centre de Santé d'Arrondissement (CSA)	- Dispensaire - Maternité - Pharmacie
		Unité Villageoise de Santé (UVS) ou Unités de Santé de Quartier (USQ)	- Soins - Accouchements - Caisse de pharmacie

<sup>743</sup> Tableau adapté de : source Ministère de la Santé Publique/Direction de la Programmation et de la Prospective/Système National d'Information et de Gestion Sanitaire. (Bénin, 1999).

[519]

**Document 5**

Tableau <sup>744</sup> : Formation des professionnels de santé autres que médecins et pharmaciens : conditions d'entrée et diplômes de sortie.

[Retour au sommaire](#)

Spécialités	Cycles d'enseignement	Niveaux d'entrée en formation	Nombre d'années d'études	Diplômes de fin d'étude
Infirmier d'État	2 <sup>e</sup> cycle	BEPC (Brevet d'Etudes de Premier Cycle)	3 années	Diplôme d'Infirmier d'État (DIE)
Sage-femme d'État				Diplôme de Sage-Femme (DSF)
Infirmier et sage-femme en animation et réanimation				Diplôme de Technicien de Laboratoire (DTL)
Technicien de laboratoire				
Technicien sanitaire				
Aide-assistant social				
Infirmier adjoint ou aide-soignant	1 <sup>er</sup> cycle	CEP (Certificat d'Etudes Primaires)	3 années	Diplôme d'Infirmier Breveté (DIB)
Agent d'hygiène				

Une réforme en cours d'adoption vise à relever les niveaux d'accès à ces formations, soit le BEPC pour les élèves du premier cycle et le Bac pour ceux du second cycle.

<sup>744</sup> Tableau adapté de : DPP/METFP Direction de la Programmation et de la Prospective/Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle.

[520]

**Document 6**

**Tableau 745 : Coopérations bilatérales et multilatérales dans le domaine de la santé publique au Bénin.**

[Retour au sommaire](#)

<b>Exemples de quelques institutions partenaires au développement</b>	<b>Domaines d'intervention</b>	<b>Echelles territoriales de l'intervention</b>
Coopération suisse	Accessibilité des populations aux services de santé de base et médicaments essentiels	Centrale et périphérique (zones sanitaires : échelle communale)
Coopération française	Amélioration de l'organisation du système sanitaire	Centrale et intermédiaire (CHD : échelle départementale)
Coopération technique belge	Appui institutionnel aux zones sanitaires	Centrale et périphérique (zones sanitaires : échelle communale)
Coopération canadienne	Lutte contre le sida (Projet sida III), recherche sur le système de santé et renforcement de la gestion des déchets solides	Centrale et périphérique (zones sanitaires : échelle territoriale communale)
USA, Agence des États-Unis pour le Développement international (USAID)	Planification familiale, prévention des IST/VIH/Sida, réduction de la mortalité maternelle et infantile, lutte contre les maladies infectieuses et interventions à base communautaire	Centrale et périphérique (zones sanitaires : échelle territoriale communale)
Union Européenne	Sécurité transfusionnelle, renforcement des infrastructures et amélioration de la qualité des services	Centrale et périphérique (zones sanitaires : échelle territoriale communale)
Banque mondiale	Appui budgétaire à l'amélioration de la couverture en infrastructures sanitaires, de la santé de la reproduction et de la lutte contre les maladies (paludisme, VIH/sida)	centrale
FAO	Sécurité alimentaire, qualité et sécurité sanitaire des aliments et lutte contre le VIH/sida	Périphérique (zones sanitaires : échelle territoriale communale)
UNICEF	Promotion de la santé des enfants, éducation des jeunes filles, eau et assainissement	Centrale et périphérique (zones sanitaires : échelle territoriale communale)

<sup>745</sup> Tableau adapté de l'OMS, **Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique** (2009), Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays, 2009–2013 Bénin, op. cit.

[521]

**Document 7**  
 Évolution et rapport du budget annuel du secteur santé  
 sur le budget national.

[Retour au sommaire](#)

Années	Budget national en FCFA	Budget alloué au secteur de la santé en FCFA	Rapport en pourcentage du budget santé sur le budget national
1995	93.126.000.000	4.551.092.000	4,98
1996	96.271.711.000	24.101.475.000	4,90
1997	96.623.000.000	25.629.101.000	6,85
1998	104.363.000.000	30.814.212.000	6,72
1999	170.196.348.000	30.937.019.000	5,10
2000	372.800.000.000	34.219.947.000	9,17
2001	416.835.000.000	40.874.175.000	9,80
2002	477.609.000.000	38.328.000.000	8,03
2003	401.908.000.000	39.430.000.000	9,81
2004	547.700.000.000	45.670.000.000	8,34
2005	556.923.000.000	44.148.527.000	7,92

Tableau 746 adapté de : Source : lois de finances 1995 à 2005

<sup>746</sup> Tableau repris par **Rachel Sainhoude KOUKPO**, in « Le droit de la santé au Bénin : état des lieux », communication scientifique : Animation régionale de Dakar, Réseau des chercheurs « Droit de la santé » Agence Universitaire de la Francophonie, mars, 2005, p. 10

[522]

**Encadré n°1**

document relatif à l'approbation de l'Initiative PPTE en faveur du Bénin  
(Extrait de document cf. Fonds Africain de Développement et BAD) <sup>747</sup>

[Retour au sommaire](#)

« Le Bénin est parvenu à son point de décision en juin 2000 et est devenu éligible pour une aide à l'allègement de la dette de 265 millions de dollars EU (en valeur actualisée nette de 1998). Cette aide a permis de réduire la dette extérieure du Bénin de 848 millions de dollars EU à 583 millions de dollars EU en valeur actualisée nette de 1998, soit une réduction de 32,0 pour cent de l'encours de la dette à la fin de 1998. Conformément aux clauses du dispositif PPTE renforcé, les pays qui parviennent à leur point d'achèvement doivent remplir les trois principales conditions suivantes : Mise en œuvre satisfaisante du DSRP pour au moins un an ; Maintien d'une situation macroéconomique stable, illustré par de bons résultats persistants obtenus dans le cadre d'un programme appuyé par un accord au titre de la Facilité pour la réduction de la pauvreté et la croissance (FRPC) ; et Mise en œuvre des réformes dans le secteur social et dans le domaine de la gouvernance suivie dans le cadre de l'Initiative PPTE et définie au stade du point de décision. En ce qui concerne ces conditions, le Gouvernement du Bénin a adopté le DSRP en décembre 2002, et a mis en œuvre avec succès un système de suivi et d'évaluation de ses programmes de lutte contre la pauvreté. De plus, il a continué à enregistrer des résultats macroéconomiques satisfaisants puisqu'il a maintenu un environnement stable, comme l'indique sa performance satisfaisante dans le cadre du programme PRGF du FMI. En ce qui concerne les réformes structurelles et la politique du secteur social, le Bénin a mis en œuvre un système de suivi et d'évaluation de ses programmes de réduction de la pauvreté de manière satisfaisante. De plus, le Bénin a mis en œuvre un mécanisme à moyen et long termes (MMLT) de dépenses pour la période 2003-05 et des indicateurs de performance ont été finalisés pour les 5 ministères suivants : éducation, santé, transports, développement rural et environnement en décembre 2002. Par ailleurs, le gouvernement a adopté des réformes de la gouvernance sous forme de stratégie de lutte contre la corruption, en juillet 2002. »

<sup>747</sup> FAD et BAD, « Bénin – Document relatif à l'approbation de l'Initiative PPTE – op cit., pp. 4 - 5

[423]

**Encadré n°2**coupure de presse <sup>748</sup> : Intoxication alimentaire au Bénin.[Retour au sommaire](#)

[Aube Nouvelle](#) | 9 août 2010 | **Intoxication alimentaire dans la commune de Tchaourou : Déjà 10 morts et deux enfants dans un état critique.** « *Les arrondissements de Tchachou et de Papané dans la commune de Tchaourou ont été endeuillés par une intoxication alimentaire. Contrairement à celle qui a sévi à Parakou, le mardi dernier, où la cinquantaine de personnes qui a consommé le « Toubani » est hors de danger, ceux de la commune de Tchaourou n'ont pas eu assez de chance. Six sur les huit victimes recensées sont passées de vie à trépas.* » **Par : Matini MARCOS.**

*L'intoxication alimentaire est devenue un drame récurrent dans les départements du Nord-Bénin et il revient aux autorités sanitaires de s'investir plus dans la prévention. Comme dans les années précédentes, le drame de l'intoxication alimentaire survient au moment de la soudure, c'est-à-dire au moment où les réserves alimentaires sont épuisées et que les greniers sont quasiment vides. Les populations de Parakou ne sont pas encore relevées des méfaits de l'intoxication alimentaire due à la consommation par une cinquantaine de personnes d'un beignet appelé « Toubani » fait à base d'igname et du haricot que l'hôpital de zone de la commune de Tchaourou annonce un autre drame, cette fois-ci plus meurtrière. A Sourou, un village de Tchachou, 8 enfants ont consommé de la pâte à base de sorgho et d'igname avec une sauce à base de sésame. Sur les huit, 6 sont passés de vie à trépas et les deux autres se trouvent dans un état critique. A Papané, dans la même zone, 4 enfants ont consommé de l'akassa à base de maïs avec du piment écrasé. Transportés à l'hôpital, ils ont malheureusement succombé à leur mal. Le vent du deuil a soufflé dans la région de Tchaourou et ce fut la consternation dans tout le Bénin. Il est insoutenable que des enfants meurent aussi facilement du fait de la négligence de leurs parents et des pouvoirs publics. Les parents devraient éviter d'utiliser des ustensiles qui ont servi à contenir des produits toxiques utilisés dans la production du coton et autres cultures. Il re-*

<sup>748</sup> **Aube Nouvelle**, édition du 9 août 2010, article présenté par **Matini MARCOS**, [en ligne, consulté le 15 août 2010]

*vient aux autorités sanitaires d'entreprendre des campagnes de sensibilisation à l'endroit des populations qui ont eu à manipuler des produits toxiques pour la fertilisation de leurs champs. Le coût social de cette négligence (...) est très élevé et il revient au Ministre de la santé publique de mettre en place une politique de prévention sanitaire dans ces zones à risques. »*

[524]

**Encadré n°3**

tableau synoptique adapté <sup>749</sup> du cadre règlementaire, juridique et politique de l'organisation de la Sécurité Sanitaire des Aliments au Bénin.

[Retour au sommaire](#)

**PARTIE I:****Cadre juridique et politique, règlements et mécanismes d'application dans le domaine de la Sécurité Sanitaire des Aliments (S.S.A)****Introduction**

« Le cadre juridique béninois est caractérisé par l'existence de textes généraux – notamment des lois auxquels sont greffés une multitude de décrets et d'arrêtés d'application. Le dispositif de mise en application de cet arsenal trouve son fondement, soit dans les textes de contrôle, soit dans des textes portant organisation des ministères ou directions techniques. Il existe une architecture de contrôle assez ancienne aux niveaux central et déconcentré, quasi inexistant au niveau décentralisé, la réforme de l'administration étant récente.

**I – Politique, lois et règlements****1.1. Politique**

Il n'existe pas de document de politique clair dans le domaine de la sécurité Sanitaire des Aliments mais on note l'existence de divers documents dont la mise en œuvre contribue à réaliser la SSA. Dans ce cadre, on note :

\* La Déclaration de Politique de Développement Rural (DPDR) publiée en juillet 2001 qui fixe le « contrôle de la qualité et l'innocuité des aliments » parmi les objectifs de développement.

\* Le cadrage macro-économique du secteur agricole prévoit le développement de la production en vue de permettre au pays de jouer un rôle plus important dans les exportations des produits agricoles, en faisant jouer les effets de compétitivité au niveau des branches et sous-branches de production de biens destinés à l'exportation.

<sup>749</sup> Ce document encadré est un extrait de la **Conférence régionale FAO/OMS** sur la sécurité sanitaire des aliments pour l'Afrique, Harare, Zimbabwe, 3-6 octobre 2005 « Analyse de la situation de la Sécurité Sanitaire des Aliments » (Préparé par la **République du Bénin**) op. cit.

*\* Il est également retenu au niveau macro-économique d'améliorer la santé et la nutrition et de développer les marchés efficaces de produits agricoles.*

*\* Le Bénin est membre de l'UEMOA dont la politique agricole prend en compte les problèmes liés à la qualité ; il adhère également à la formulation d'un programme SSA au sein de l'UEMOA.*

*\* Le cadre de stratégie sectorielle retient la gestion et le contrôle de la qualité comme des priorités nationales et envisage l'implication continue du secteur public dans ce domaine ; les institutions étatiques se sont en outre désengagées de certaines de leurs tâches considérées comme traditionnelles.*

### **1-2 Organisation de mise en œuvre des textes**

*Le rôle des institutions publiques est prépondérant dans le contrôle des denrées alimentaires au Bénin ; on pourrait d'ailleurs affirmer que l'exclusivité des contrôles visant à garantir la qualité des aliments est exercée par l'État à travers certaines directions techniques des Ministères.*

[525]

*Pour l'application des textes sur le contrôle, les attributions sont également fixées par décret pris en conseil des Ministres, tandis que l'organisation et le fonctionnement des services de chaque direction sont fixés par arrêté ministériel. Toutefois, les attributions spécifiques dans le cadre du contrôle des produits agricoles d'origine végétale et dans celui de la Protection des végétaux sont fixées à travers des lois.*

#### **a) organisation du contrôle décentralisé**

*Il relève des Maires conformément aux dispositions de la loi portant organisation de l'Administration territoriale.*

*Le Maire est chargé d'assurer entre autres, la salubrité publique, le contrôle de conformité aux normes des instruments de mesure, le respect des prescriptions en matière d'hygiène, notamment en matière d'hygiène des aliments, des lieux publics et établissements fréquentés par le public.*

#### **b) Organisation du contrôle au niveau central**

*Au Bénin, deux (02) ministères ont inscrit de façon nette les activités concourant à la SSA dans leurs missions. Il s'agit de :*

*- Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche (MAEP) dont le champ d'action couvre : la qualité des produits agricoles bruts ou transformés, locaux, importés ou d'exportation ; la santé animale ; la qualité des produits animaux et d'origine animale, les produits de la pêche, la protection phytosanitaire.*

*- Ministère de la Santé Publique (MSP) compétente pour la protection sanitaire, l'hygiène et l'assainissement de base.*

*On peut également citer le Ministère du Commerce qui intervient indirectement dans la SSA à travers les activités de métrologie et la coordination des activités d'élaboration des normes.*

### ***c) Organisation du contrôle au niveau déconcentré***

*Le MAEP est représenté à l'intérieur du pays dans 6 zones agro-écologiques par des Centres d'Action Régionale pour la Promotion Agricole (CeRPA) - chaque centre dispose d'une Direction du Contrôle et de la Réglementation (DRC).*

*Les DRC ont pour mission d'assurer le contrôle, l'inspection et la réglementation dans les domaines des productions végétale animale et halieutique, de la promotion de la qualité et du conditionnement des produits agricoles d'origine végétale.*

## ***PARTIE II:***

### ***Situation sur les capacités de ressources humaines***

#### ***Effectifs du personnel des services de la SSA***

*Les services centraux sont rarement capables de donner spontanément les effectifs nationaux des agents déconcentrés. Toutefois, au niveau du MAEP, ce personnel est numériquement insuffisant et est actuellement estimé à deux cent quatre vingt seize (296 agents). Soixante seize (76) agents d'hygiène et de police sanitaire interviennent au Ministère de la Santé Publique (MSP).*

#### ***Formation du personnel***

*La formation initiale des agents des divers services de contrôle est disparate. Il n'existe ni de politique de formation continue des agents ni une mise à jour périodique des contenus des [526] formations dispensées dans les établissements recevant les futurs agents de contrôle. Par ailleurs, les cadres techniques et le personnel d'appui ne sont pas formés à la qualité de fonctionnaire.*

#### ***Estimation des besoins en personnel***

*Les besoins complémentaires en effectifs notamment en personnel d'encadrement technique spécialisé et dans une moindre mesure, de personnel d'exécution sont plus ou moins importants et sont estimés par les services centraux du MAEP à deux cent quarante sept (247) agents.*

*Quant à la formation, elle constitue une préoccupation importante et concerne aussi bien la formation initiale, la formation spécialisée qualifiante et la formation continue. Les services de la SSA n'ont que faiblement bénéficié d'assistance technique pour leur renforcement.*

**PARTIE III**  
**Normes et règlements techniques correspondantes**  
**aux denrées alimentaires et les mécanismes d'application**  
**tant au niveau national qu'international**

**I – Introduction**

*Divers textes fondent l'intervention de l'État dans le domaine du contrôle des produits alimentaires, ils couvrent divers domaines dont la qualité, la production, la sécurité et la santé et se rapportent aux produits agricoles, aux aliments, aux animaux.*

**II – Synopsis des textes**

**Santé publique**

- *Loi n°87-015 du 21 septembre 1987, portant Code d'Hygiène Publique.*
- *Décret n°97-616 du 18 décembre 1997, portant application de la loi n°87-015 du 21 septembre 1987 portant Code d'Hygiène Publique.*
- *Loi n°98-30 du 12 février 1999, portant Loi cadre sur l'Environnement en République du Bénin.*

**Police sanitaire**

- *Ordonnance n°72-31 du 27 septembre 1972, portant réglementation de la Police Sanitaire des animaux et de l'inspection des denrées alimentaires d'origine animale.*
- *Décret n°85-243 du 14 juin 1985, relatif à l'hygiène de la production et de la commercialisation des denrées alimentaires.*
- *Décret n°97-624 du 31 décembre 1997, portant structure, composition et fonctionnement de la Police Sanitaire.*
- *Arrêté Gouverneur Général du 7 décembre 1905, portant réglementation de la Police Sanitaire des animaux en Afrique Occidentale Française.*
- *Arrêté n°384/MDR/DC/CC/CP du 22 octobre 1997, portant création, attributions et composition des Comités de Suivi et de Coordination du Programme d'Urgence de Lutte contre la Peste Porcine Africaine.*
- *Arrêté n°441/MDR/DC/CC/CP du 5 décembre 1997, portant nomination du Coordonnateur du Programme d'Urgence de Lutte contre la Peste Porcine Africaine.*
- *Arrêté n°124/MISAT/EDC/SG/DPPC du 28 juillet 1998, portant organisation et fonctionnement du réseau de surveillance épidémiologique (RESU-REP) au Bénin.*

[527]

- *Arrêté n°392/MDR/DC/SG/CC/CP du 24 septembre 1998, portant créa-*

*tion du Centre National de Surveillance Epidémiologique et d'Hygiène Alimentaire (CNSEHA).*

- *Arrêté n°582/MDR/DC/SG/CC/CP de décembre 1998, portant nomination du Coordonnateur du Centre National de Surveillance Epidémiologique et d'Hygiène Alimentaire (CNSEHA).*
- *Arrêté n°080/MDR/DCAB/SGM/DA/CP du 6 février 2001, portant création et fonctionnement du réseau de Surveillance Epidémiologique (RESUREP) au Bénin.*
- *Manuel de déclaration des maladies animales à l'Office International des Epizooties, 1999-2000.*
- *Projet de grille de tarification des prestations de Laboratoires de Diagnostic Vétérinaire au Bénin.*
- *Projet de décret portant création du Fonds de Lutte contre les Epizooties.*
- *Projet de décret relatif aux mesures générales et spéciales vis-à-vis de chaque maladie réputée légalement contagieuse.*
- *Projet de décret portant Réglementation de la Police Sanitaire aux frontières et à l'intérieur du territoire.*
- *Projet de décret portant réglementation de la vaine pâture et de la garde des animaux domestiques.*
- *Postes de surveillance active (postes frontaliers). [...]*

### **Alimentation**

- *Loi n°84-009 du 15 mars 1984 sur le contrôle des denrées alimentaires.*
- *Décret n°85-238 du 14 juin 1985 organisant la Recherche et la Constatation des Infractions à la Loi n°84-009 du 15 mars 1984 sur le Contrôle des Denrées Alimentaires et réglementant les Mesures Administratives prises en application de ladite Loi.*
- *Décret n°85-240 du 14 juin 1985, portant attributions, composition et fonctionnement de la Commission Nationale du Codex Alimentarius.*
- *Arrêté Interministériel n°347/MCAT/MDRAC/MSP/CAB/DCE/DCI du 24 décembre 1990, portant interdiction d'importation et de commercialisation des croupions de dinde en République du Bénin.*
- *Arrêté n°019/MCAT/DC/CTC du 27 mars 1996, portant interdiction temporaire d'importation de commercialisation, de transit des volailles, parties et abats de volailles congelés, œufs et produits dérivés et aliments du bétail originaires de la Belgique et conditions complémentaires de leur importation de tous pays.*
- *Arrêté n°579/MDR/DC/SG/CC/DE du 23 décembre 1998, portant autorisation partielle et temporaire de la reprise des activités de charcuterie.*
- *Arrêté Interministériel n°93/MCAT/MDR/MSP/MFE/DC/DCI/DE du 26 mai 2000, portant levée de l'interdiction temporaire d'importation et de commercialisation de la viande et des abats de bœufs de toute origine au Bénin.*

- Arrêté n°1243/MAEP/D-CAB/SGM/DA/CSRH/SA du 23 décembre 2002, portant attributions, [528] organisation et fonctionnement de la Direction de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée (DANA).
- Projet de décret portant Réglementation de l'hygiène et de l'inspection des denrées alimentaires d'origine animale ;
- Projet Arrêté Interministériel portant interdiction de l'abattage des animaux domestiques et de la vente de leur viande en dehors des lieux et endroits légalement autorisés. [...]

#### **PARTIE IV**

#### **Surveillance des maladies transmises par les aliments**

*La surveillance des maladies transmises par les aliments est encore mal assurée pour diverses raisons, malgré l'existence des structures pouvant jouer ce rôle au Ministère de la Santé Publique.*

##### **Moyens de la surveillance et problèmes**

*La surveillance des maladies transmises par les aliments continue d'être une attribution du Ministère de la Santé Publique. Le Bénin dispose de structures techniques chargées de la protection sanitaire, de l'hygiène et de l'assainissement et de service spécialisé en statistiques sanitaires. Ces structures sont plus abordées par la gestion de grandes endémies, le VIH et les maladies émergentes dans un contexte de faiblesse numérique du personnel et de dénuement en équipements.*

*- Le concept SSA n'est pas connu et aucune organisation spécialisée n'est mise en place pour assurer la composante – surveillance des maladies alimentaires.*

*- Les structures techniques existantes ne se préoccupent pas des questions relatives à l'épidémiologie - surveillance des maladies alimentaires ni aux toxico-infections alimentaires.*

*- Les consommateurs ne collaborent pas à la surveillance des maladies faute de déclaration des intoxications. [...]*

##### **2 – Présentation du système de contrôle des denrées alimentaires**

*Face à la multiplicité des services de contrôles, aux duplications des interventions et à l'inertie insidieuse qui compromettaient les contrôles des aliments, le Bénin a mis en place en 1983 un système de contrôle des denrées alimentaires dont les composants sont :*

###### **2-1 Une loi de base**

*La loi 84-009 du 15 Mars 1984 constitue le socle juridique rénové sur le fondement duquel les services de contrôles interviennent.*

*Ce texte a abrogé un ensemble d'anciennes dispositions légales et réglementaires, parfois contradictoires, parfois caduques ou inconnues.*

*La réglementation des denrées alimentaires repose sur les principes suivants :*

*- Une loi unique de base qui en ses articles 13 et 14 donne plein pouvoir à l'exécutif pour élaborer des règlements d'application.*

*- Une diversité des initiatives de propositions de textes : tous les acteurs peuvent prendre des initiatives et proposer des textes.*

*- Un mécanisme de centralisation des propositions et projets de textes : le secrétariat du Comité [529] Technique de Contrôle des Denrées Alimentaires.*

*- Un organe consultatif : la Commission Nationale du Codex Alimentarius.*

*Dans le strict respect de ce dispositif, tout texte portant sur les aliments doit être transmis aux autorités gouvernementales par le secrétaire du comité technique de contrôle des denrées alimentaires, seul canal officiel. Le respect de ces principes a permis d'élaborer, de faire adopter et de mettre en application de façon harmonisée une série de 8 décrets d'application de la loi sur les aspects suivants : additifs alimentaires, contaminants et substances indésirables ; procédures de contrôle et mesures administratives ; étiquetages, conditions de production et de commercialisation des denrées alimentaires ; déclarations et autorisations préalables de production et de commercialisation, etc.*

## **2.2 Réseau de laboratoires**

*Dans le cadre du système, l'organisation des laboratoires répond au schéma ci-après :*

*- un Laboratoire Central de Contrôle des Denrées Alimentaires.*

*- des laboratoires sectoriels d'analyse (produits agricoles ; produits de la pêche, élevage, santé) qui se consacrent à des analyses de routine. Les laboratoires sectoriels gravitent autour du laboratoire central dont l'équipement et l'expertise devraient permettre un appui technique adéquat à tous les services d'inspection des denrées alimentaires, aux laboratoires sectoriels et aux services judiciaires pour les procédures contentieuses.*

## **2.3 Un organe de coordination**

*Il a été créé par décret un organe de coordination dénommé : « **Comité Technique de Contrôle des Denrées Alimentaires** » (CTCDA) regroupant les services publics impliqués directement ou indirectement dans les activités de contrôle des denrées alimentaires. Le CTCDA est prévu pour recevoir les rapports d'activités des services de contrôle, organiser les opérations particulières portant sur les points déclarés prioritaires par le Gouvernement, prévoir un programme d'échantillonnage permettant d'organiser au mieux le fonctionnement du Laboratoire Central, établir annuellement les rapports-bilan, mettre à jour le corpus réglementaire et donner les avis au Gouverne-*

ment sur l'application de la loi. L'objectif poursuivi est de promouvoir la collaboration entre les services visant le même objectif de sécurisation du consommateur, de réduire les chevauchements et les vides, d'accroître les synergies et de mieux gérer les ressources humaines, matérielles et financières par une gestion concertée des activités de contrôle des aliments [...]. Le système de contrôle des denrées alimentaires au Bénin permet d'assurer la participation de tous les acteurs à la sauvegarde de la sécurité du consommateur. L'expérience de ce système permet de lui accorder un crédit, aussi faudrait-il tenir compte des faiblesses ci-après :

- la loi unique n'est pas orientée sur la Sécurité Sanitaire des Aliments. Elle est une loi de police spéciale sur la répression des fraudes dont l'application est basée sur l'intervention impérative et exclusive du pouvoir public, ce qui crée une méfiance du secteur privé [...].

## **PARTIE XI**

### **Degré d'utilisation de l'approche fondée sur la chaîne alimentaire**

[530]

#### *1 – Introduction*

La stratégie de mise en œuvre de la politique agricole du Bénin a privilégié l'approche filière ; cette option a influencé l'organisation des structures techniques du Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche (MAEP), tant au niveau central qu'au niveau déconcentré.

#### *2 – Niveau de prise en compte de l'approche filière dans le cadre de la SSA*

##### *2.1 Organisation au niveau central*

L'organisation administrative du Ministère de l'Agriculture de l'Elevage et de la Pêche (MAEP) traduit la volonté de l'autorité d'opérer par filière.

Au niveau central, cinq (05) directions techniques sont mises en place pour les fonctions de réglementation, de veille, d'impulsion, de programmation et de contrôle ; on note :

##### **\* Pour la Filière Végétale :**

- La Direction de la Promotion de la Qualité et du Conditionnement des Produits Agricoles (DPQC) compétente pour exercer la police commerciale des produits agricoles bruts, semi-transformés dans les segments d'activités suivants : production et commercialisation primaire, distribution, stockage, exportation ou consommation locale [...].

##### **\* Filière Animale**

Les missions de l'administration sont assurées par deux directions techni-

ques :

- La Direction de l'Élevage pour le contrôle des animaux et produits d'origine animale.

- La Direction des Pêches pour le contrôle des Produits halieutiques.

Il existe en outre un segment charnière des produits alimentaires animé par la Direction de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée (DANA) [...].

### **2-3 Organisation du contrôle au niveau déconcentré**

Elle s'exerce à travers les Centres Régionaux pour la Promotion Agricole (CeRPA) selon l'approche filière. L'organisation est faite par filière y compris halieutique et végétale à travers la Direction de la Réglementation et du contrôle (DRC).

#### **a) La DRC**

Les DRC s'occupent des fonctions régaliennes en matière de contrôle, d'inspection et de réglementation dans les domaines des productions végétale, animale et halieutique ; elles s'occupent également de la promotion de la qualité et du conditionnement des produits agricoles. Par rapport aux filières végétales chaque DRC comporte au niveau départemental trois (03) services techniques qui contribuent à la SSA.

- Le service de la surveillance phytosanitaire et du contrôle de la qualité des intrants agricoles (SPCI)
- Le service du contrôle des normes et de la qualité des produits d'origine végétale (SNCQPV)
- Le service du contrôle des produits d'origine animale et halieutique (SCPAH)

**\* Service de la surveillance phytosanitaire et du contrôle de la qualité des intrants agricoles (SPCI)**

Placé sous l'autorité du Directeur de la Réglementation et du contrôle et en s'appuyant sur les chargés, le service assure l'inspection et le contrôle phytosanitaire et garantit la qualité des [531] intrants agricoles. A ce titre, il est chargé : d'assurer l'information et la formation des producteurs, des acteurs publics et privés et des collectivités locales sur la réglementation dans le domaine de la protection des végétaux ; de contribuer au contrôle de la surveillance phytosanitaire ; d'assurer la qualité des semences, plants, engrais, pesticides et autres intrants à mettre à la disposition des producteurs ; de participer à la mise en œuvre des campagnes de sensibilisation sur l'utilisation rationnelle des intrants.

**\* Service de contrôle des normes et de la qualité des produits d'origine végétale (SNCQPV)**

*Placé sous l'autorité du Directeur de la Réglementation et du contrôle et en s'appuyant sur les chargés, ce service garantit le respect des normes et de la qualité des produits d'origine végétale locaux, importés, exportés et destinés à la commercialisation. A ce titre il est chargé : d'assurer l'information et la formation des producteurs, des acteurs publics et privés et des collectivités locales sur la réglementation dans le domaine de la production végétale ; assurer le contrôle et la surveillance continue de la qualité hygiénique, microbiologique et nutritionnelle des aliments d'origine végétale locaux et importés ; appuyer l'organisation et le suivi de la commercialisation des produits agricoles de concert avec les Directions Techniques concernées, les producteurs et leurs organisations professionnelles ; contribuer à la planification et à l'opérationnalisation des actions de la direction dans le cadre des stratégies du CeRPA ; garantir la qualité des produits d'origine végétale mis sur les marchés locaux et importés : rendre compte de ses activités au Directeur de la Réglementation et du contrôle.*

**\* Service du contrôle des produits d'origine animale et halieutique (SCPAH)**

*Placé sous l'autorité du Directeur de la Réglementation et du contrôle et en s'appuyant sur les chargés, ce service assure la protection sanitaire des cheptels, le contrôle des denrées d'origine animale et halieutique et le respect des techniques et mesures en matière de pêche. A ce titre il est chargé : d'assurer la qualité des aliments du bétail et autres intrants à mettre à la disposition des producteurs ; assurer les actions de protection sanitaire, de contrôle et d'inspection des denrées d'origine animale et halieutique ; assurer la lutte contre les épizooties ; assurer le contrôle de la transhumance de concert avec les autres acteurs ; assurer la surveillance des plans d'eau ; assurer le respect de la réglementation sur les méthodes, les techniques et les mesures en matière de pêche durable ; contribuer à la planification et l'opérationnalisation des actions de la direction dans le cadre des stratégies des CeRPA ; rendre compte de ses activités au Directeur de la Réglementation et du Contrôle.*

**b) Organisation du contrôle au niveau communal et des zones par les structures déconcentrées**

*Chaque CeRPA est représenté au niveau communal par un Centre Communal pour la Promotion Agricole (CCPA) dirigé par le responsable communal pour la promotion agricole. Chaque responsable dispose d'un corps de contrôle. Le corps de contrôle, est chargé sous l'autorité du Responsable Communal de mettre en œuvre la politique de l'État à travers ses fonctions régaliennes en matière de contrôle d'inspection et de réglementation dans les domaines des productions végétales, animales et halieutiques. N.B. : Conformément à la répartition par filière, [532] il existe à ce niveau deux grands*

*corps de contrôle qui se répartissent les charges de contrôle :*

*\* Filière végétale : les activités exercées en zone portent cumulativement sur la qualité et la salubrité des végétaux puis sur les contrôles phytosanitaires par un ou plusieurs agents selon l'importance de la zone.*

*\* Filière animale : les activités de contrôle en zone portent cumulativement sur tous les produits animaux (y compris ceux de la pêche).*

### **3 – Stratégie d'appui**

*Le schéma défini pour le contrôle au niveau du MAEP est couplé à un dispositif organisationnel de formation et de vulgarisation, ce dispositif est animé au niveau national par la Direction de la formation opérationnelle et de la vulgarisation.*

*Au niveau départemental au sein des CeRPA, il est installé une Direction de l'information, de la formation et de l'Appui aux organisations professionnelles (DIFAOP) chargée d'assurer la commercialisation et l'information rurales ainsi que l'accompagnement des Communes en matière de production végétale, animale et halieutique. Un service de la promotion des filières agricoles (SPFA) assure la promotion et le développement des filières végétales animales et halieutiques notamment le volet « **Production** »*

#### **c) Les collectivités locales**

*Le contrôle par les collectivités territoriales n'est pas encore assuré ; une expérience pilote est en cours dans la municipalité de Cotonou. Diverses études socio-économiques, chimiques et juridiques ont été menées, de même qu'une enquête sanitaire. Il a été retenu de prendre l'hygiène comme socle de la sécurité du consommateur et d'opter pour le contrôle de proximité qui suppose la responsabilisation des Communes. Dans ce cadre, le Bénin s'est doté de deux projets de textes :*

*- un projet d'arrêté interministériel relatif à la sécurité sanitaire des aliments de rue.*

*- un projet d'arrêté-type communal, portant organisation du comité technique communal de sécurité sanitaire des aliments de rue [...].*

#### **1.2 – Atouts externes**

*Le Bénin appartient à l'espace UEMOA pour laquelle l'ensemble des pays offre les atouts suivants :*

*- une homogénéité globale du cadre juridique et administratif du contrôle lié à la base commune du système juridique des pays membres (romano-germanique).*

*- une connaissance des imperfections administratives des systèmes de contrôle des aliments*

- l'autorité chargée de la SSA est identifiable en raison de la forte emprise de la police agricole sur le dispositif de sécurité sanitaire des aliments, cet atout permettra de privilégier l'optique d'autorité compétente unique.

- Les administrations centrales existent, les missions concourant à la SSA sont souvent centralisées, du moins prioritairement logées au sein des ministères en charge de l'Agriculture, ceci pourrait contribuer à une définition claire des fonctions et attributions des structures.

- L'organisation administrative est effective, tant au niveau [533] déconcentré qu'au niveau décentralisé et cette architecture pourrait permettre d'avoir des administrations d'intervention à la base.

- L'existence d'un contexte juridique et normatif favorable marqué par :

\* les accords de Marrakech et la création de l'OMC qui appliquent aux aliments les principes du

Commerce International, notamment l'accord OTC et l'accord SPS

\* les activités des organismes nationaux de normalisation (Commission Mixte FAO/OMS du Codex Alimentarius ; Office international des Epizooties ; Convention internationale pour la Protection des Végétaux) dont les normes ont dorénavant une valeur de référence. On peut noter également le projet de création au niveau de l'UEMOA du système de Normalisation, d'Accréditation et de Certification (NORMCERQ) pour son aptitude à réaliser une élaboration harmonisée des Normes et leur intégration aux droits nationaux.

\* les Accords de Cotonou qui prévoient une réforme radicale du volet commercial et qui introduit la réciprocité via les Accords de Partenariat Economique (APE) ce qui obligent les États à assurer la performance de leurs services officiels de contrôle, la crédibilité des compétences et à développer des approches actives, cohérentes et solidaires d'évaluation de la conformité au plan de la politique régionale.

## **1.2 – Au plan politique**

- Le Protocole additionnel n° 2 du traité de l'UEMOA et l'Acte Additionnel n°3 portant Politique Agricole de l'Union (PAU) précisent respectivement les orientations relatives à la politique agricole et les grands axes d'intervention de la PAU dont le 2ème axe consacré à la SSA précise qu'il faut : « assurer aux producteurs des conditions de mise en marché équitable pour leur production et garantir aux consommateurs le respect des normes, de la qualité et la régularité de leur approvisionnement ».

- L'UEMOA à laquelle appartient le Bénin offre un cadre pertinent pour engager les politiques visant à assurer la SSA. Par ailleurs :

- le traité instituant l'UEMOA prévoit la possibilité de mener des politiques communes favorisant l'ouverture des marchés et l'amélioration des conditions du commerce (article 4 D) en harmonisant les règles applicables aux entreprises et aux produits mis sur le marché (art. 60 et s)

*- l'UEMOA est en connexion avec les organisations internationales : en effet, à l'article 3, il est précisé ce qui suit : « l'Union met en œuvre, de concert avec les organisations internationales ou régionales spécialisées, des actions communes en vue de l'amélioration du niveau sanitaire des populations » ; cette disposition permet à l'Union de s'engager directement dans la politique de la SSA en exerçant ses prérogatives prévues à l'article 26 du traité.*

*- Les pays de l'UEMOA bénéficient du projet UEMOA/ONUDI relatif au programme Qualité par la mise en place d'un système d'accréditation, de Normalisation et de promotion de la qualité*

*- Un diagnostic sur la SSA est établi, assorti d'un schéma régional et d'une répartition des responsabilités entre l'Union et chacun des pays [...]. ».*

[434]

**Encadré n°4**

illustration des projets d'aide au développement du PAM au Bénin (données chiffrées en tableau) <sup>750</sup>

[Retour au sommaire](#)

« *PROJET DE DÉVELOPPEMENT—BÉNIN 10308.0*

***Promotion de l'éducation formelle et non formelle des enfants et des jeunes***

*Le projet s'articule autour des objectifs de développement 1 et 2 du Millénaire, relatifs à l'élimination de l'extrême pauvreté et de la faim, et à l'éducation primaire universelle. Ces objectifs sont reflétés dans le Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) au Bénin (2003–2008) et dans le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement au Bénin (2004–2008). Les deux composantes du projet correspondent à deux objectifs du Plan-cadre, à savoir: i) lutter contre la pauvreté et l'insécurité alimentaire; et ii) assurer l'accès équitable aux services sociaux essentiels de qualité. La priorité à l'éducation de base, y compris l'alimentation scolaire, constitue un des piliers de la stratégie nationale exposée dans le DSRP. Conformément au Plan stratégique (2004–2007) approuvé par le Conseil d'administration lors de sa session d'octobre 2003, le projet est axé sur l'éducation formelle et non formelle, une attention spéciale étant accordée aux filles (près de 50 pour cent des 68 300 bénéficiaires). Il apportera un soutien au développement des politiques nationales qui visent à réduire la pauvreté et l'insécurité alimentaire, ainsi qu'à diminuer la disparité de scolarisation entre filles et garçons en assurant un accès équitable à l'éducation de base, à la formation et à la protection sociale. Conformément aux orientations stratégiques du PAM, le volet principal du projet "éducation formelle" est mis en œuvre dans les zones les plus défavorisées au plan scolaire. Le deuxième volet "éducation non formelle" couvre l'ensemble des institutions béninoises d'aide à l'enfance et à la jeunesse en difficulté, sous réserve qu'elles offrent les garanties d'un fonctionnement de qualité et une éducation formelle, non formelle ou professionnelle. En vue d'une gestion efficace, les responsabilités des structures d'exécution sont réparties en fonction des compétences et des attributions respectives des ministères concernés. Le Ministère de l'enseignement primaire et secondaire (MEPS) d'une part, et le Ministère de la famille, de la Fem-*

<sup>750</sup> Document adapté. Source : Cf. Système des Nations-Unies au Bénin – PAM – Activités et projets.

*me et de l'Enfant (MFFE) d'autre part, sont responsables de l'exécution technique et du suivi du projet, tandis que la Direction nationale des projets du PAM au Ministère du Développement, de l'Economie et des Finances (MDEF), est responsable de la gestion logistique des produits alimentaires, en étroite coordination avec le bureau du PAM au Bénin. Un comité interministériel de pilotage a été mis en place au démarrage du projet. Pour que le programme d'alimentation scolaire réalise pleinement son potentiel, il coordonne ses actions avec d'autres projets destinés à faciliter l'accès à l'école et à améliorer la qualité de l'enseignement. Par ailleurs, la participation des associations de parents d'élèves et des collectivités locales à la gestion des cantines est primordiale pour assurer leur bon fonctionnement et, à terme, prendre la relève du PAM. »*

[535]

<b>Nombre de bénéficiaires</b>	<b>68 300 (dont 32 800 filles)</b>
Durée du projet	5 ans (1er juillet 2004–30 juin 2009)
Coût total pour le PAM	16 500 571
Coût total pour le gouvernement	1 273 169
Quantité totale de vivres	23 669 Tonnes

[535]

**Encadré n°5**

Les objectifs <sup>751</sup> fondamentaux de la SCRP pour la sécurité alimentaire en cinq points.

[Retour au sommaire](#)

*« La pauvreté apparaît beaucoup plus comme un phénomène rural au Bénin, dans un contexte économique principalement caractérisé par la prépondérance du secteur agricole. Ce secteur productif où évoluent plus de 550 000 exploitations recensées (Direction de la Programmation et de la Prospective DPP, MAEP 2002), est dominé par de petites exploitations agricoles. Le secteur reste essentiellement soumis aux aléas climatiques. Les revenus et la productivité agricole sont faibles et la force de travail n'est que partiellement valorisée, ce qui rend très peu compétitive la production agricole. Dépourvus de moyens financiers pendant la campagne agricole, la plupart des exploitants en l'absence d'un système efficace d'octroi de crédits agricoles ont très peu recours aux intrants. Les pratiques d'exploitation minière dans les zones de cultures, les zones agropastorales, dans les pêcheries et dans les forêts classées, accentuent la dégradation des ressources naturelles.*

*Pour changer ce diagnostic sus visé, cinq objectifs fondamentaux sont assignés au secteur agricole :*

- 1. Accroître la disponibilité de produits alimentaires pour les populations rurales et urbaines tout en garantissant leur qualité et leur accessibilité à tous*
- 2. Accroître les revenus des acteurs du secteur*
- 3. Accroître les ressources ou diminuer les dépenses en devises à partir du secteur*
- 4. Assurer le maintien ou l'accroissement des emplois*
- 5. Garantir une gestion durable des terres, des zones d'élevage et de pêche »*

<sup>751</sup> Extrait de **République du Bénin**, « Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté, SCRP », version finale, Avril 2007, op. cit., p. 49

[536]

**Encadré n° 6**

Extrait de publication du « Protocole de Cartagena sur la prévention des risques biotechnologiques »<sup>752</sup>

[Retour au sommaire](#)

*« Les Parties au présent Protocole, Étant Parties à la Convention sur la diversité biologique, ci-après dénommée «la Convention», Rappelant les paragraphes 3 et 4 de l'article 19, l'article 8 g) et l'article 17 de la Convention, Rappelant aussi la décision II/5 du 17 novembre 1995 de la Conférence des Parties à la Convention demandant l'élaboration d'un protocole sur la prévention des risques biotechnologiques qui porterait expressément sur les mouvements transfrontières d'organismes vivants modifiés résultant de la biotechnologie moderne pouvant avoir des effets défavorables sur la conservation et l'utilisation durable de la diversité biologique, et qui envisagerait, en particulier, une procédure appropriée d'accord préalable en connaissance de cause, Réaffirmant l'approche de précaution consacrée par le Principe 15 de la Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement, Conscientes que la biotechnologie moderne se développe rapidement et que le grand public est de plus en plus préoccupé par les effets défavorables qu'elle pourrait avoir sur la diversité biologique, y compris les risques qu'elle pourrait comporter pour la santé humaine, Reconnaissant que la biotechnologie moderne offre un potentiel considérable pour le bien-être de l'être humain pourvu qu'elle soit développée et utilisée dans des conditions de sécurité satisfaisantes pour l'environnement et la santé humaine, Conscientes également de l'importance cruciale que revêtent pour l'humanité les centres d'origine et les centres de diversité génétique, Tenant compte du fait que de nombreux pays, notamment les pays en développement, disposent de moyens limités pour faire face à la nature et à l'importance des risques, connus et potentiels, que présentent les organismes vivants modifiés, Estimant que les accords sur le commerce et l'environnement devraient se soutenir mutuellement en vue de l'avènement d'un développement durable, Soulignant que le présent Protocole ne sera pas interprété comme impliquant une modification des droits et obligations d'une Partie en vertu d'autres accords internationaux en vigueur, Considérant qu'il est entendu que le présent préambule ne vise pas à subordonner le Protocole à d'autres accords internationaux, Sont convenues de ce qui suit:*

<sup>752</sup> Cf. **Secrétariat de la Convention sur la diversité biologique** (2000). Protocole de Cartagena sur la prévention des risques biotechnologiques relatif à la Convention sur la diversité biologique : texte et annexes. Montréal : Secrétariat de la Convention sur la diversité biologique, op. cit., pp. 2-3.

[537]

#### Article 1 OBJECTIF

*Conformément à l'approche de précaution consacrée par le Principe 15 de la Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement, l'objectif du présent Protocole est de contribuer à assurer un degré adéquat de protection pour le transfert, la manipulation et l'utilisation sans danger des organismes vivants modifiés résultant de la biotechnologie moderne qui peuvent avoir des effets défavorables sur la conservation et l'utilisation durable de la diversité biologique, compte tenu également des risques pour la santé humaine, en mettant plus précisément l'accent sur les mouvements transfrontières.*

#### Article 2 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. *Chaque Partie prend les mesures juridiques, administratives et autres nécessaires et appropriées pour s'acquitter de ses obligations au titre du Protocole.*
2. *Les Parties veillent à ce que la mise au point, la manipulation, le transport, l'utilisation, le transfert et la libération de tout organisme vivant modifié se fassent de manière à prévenir ou à réduire les risques pour la diversité biologique, en tenant compte également des risques pour la santé humaine.*
3. *Rien dans le présent Protocole ne porte atteinte, de quelque façon que ce soit, à la souveraineté des États sur leurs eaux territoriales telle qu'établie en droit international, ni aux droits souverains ou à la juridiction qu'ils exercent sur leur zone économique exclusive et sur leur plateau continental en vertu du droit international, ni à l'exercice, par les navires et avions de tous les États, des droits et libertés de navigation conférés par le droit international et consacrés dans les instruments internationaux pertinents.*
4. *Rien dans le présent Protocole ne doit être interprété comme restreignant le droit d'une Partie de prendre des mesures plus rigoureuses pour la conservation et l'utilisation durable de la diversité biologique que celles prévues par le Protocole, à condition qu'elles soient compatibles avec l'objectif et les dispositions du Protocole et en accord avec les autres obligations imposées à cette Partie par le droit international.*
5. *Les Parties sont encouragées à tenir compte, de manière appropriée, des compétences disponibles, des instruments existants et des travaux entrepris par les instances internationales compétentes s'agissant des risques pour la santé humaine. »*

[538]

**AFRIQUE COMPARABLE ?  
SANTÉ PUBLIQUE ET SÉCURITÉ GLOBALE AU BÉNIN.**

**LISTE DES SIGLES ET ENTRETIENS**

*Sigles et acronymes*

[Retour au sommaire](#)

<b>ADECOB</b>	Association pour le Développement des Communes du Borgou.
<b>ADT</b>	Agents de l'Aménagement du Territoire.
<b>AFJB</b>	Association des Femmes Juristes du Bénin.
<b>AGeFIB</b>	Agence de Financement des Initiatives de Base.
<b>AIMF</b>	Association Internationale des Maires Francophones.
<b>AITEC</b>	Association Internationale de Techniciens, Experts et Chercheurs.
<b>ALCRER</b>	Association de Lutte Contre le Racisme, l'Ethnocentrisme et le Régionalisme.
<b>ANAPRAMETRAB</b>	Association Nationale des Praticiens de la Médecine Traditionnelle au Bénin.
<b>APIDA</b>	Association pour la Promotion de l'Intercommunalité dans le Département de l'Alibori.
<b>AVC</b>	Accident Vasculaire Cérébral.
<b>BAD</b>	Banque Africaine de Développement.
<b>BEPC</b>	Brevet d'Etudes de Premier Cycle.
<b>BM</b>	Banque mondiale.
<b>BPA</b>	Bonnes Pratiques Agricoles.
<b>BPH</b>	Bonnes Pratiques d'Hygiène.
<b>CAME</b>	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux.

---

<b>CCPA</b>	Centre Communal pour la Promotion Agricole.
<b>CDB</b>	Convention pour la conservation et l'utilisation durable de la Diversité Biologique.
<b>CEDEAO</b>	Communauté Economique Des États de l'Afrique de l'Ouest.
<b>CEP</b>	Certificat d'Etudes Primaires.
<b>CeRPA</b>	Centres Régionaux pour la Promotion Agricole.
<b>Cf.</b>	Confer.
<b>[539]</b>	
<b>CGES</b>	Cadre de Gestion Environnementale et Sociale pour la biosécurité.
<b>CHD</b>	Centre Hospitalier Départemental.
<b>CIOPF</b>	Conférence Internationale des Ordres de Pharmaciens Francophones.
<b>CNB</b>	Comité National de Biosécurité.
<b>CNHU</b>	Centre National Hospitalier et Universitaire (Hubert Koutoukou Maga).
<b>CNLS</b>	Comité National de Lutte contre le Sida.
<b>CNP</b>	Centre National de Psychiatrie
<b>CNPP</b>	Centre National de Pneumo-Phtisiologie
<b>CNSS</b>	Caisse Nationale de Sécurité Sociale.
<b>CSA</b>	Centres de Santé d'Arrondissement.
<b>CSCOM</b>	Centres de Santé Communaux.
<b>CTCDA</b>	Comité Technique de Contrôle des Denrées Alimentaires.
<b>DDT</b>	Dichloro-Diphényl-Trichloréthane.
<b>DDSP</b>	Direction Départementale de la Santé Publique.
<b>DHD</b>	Développement Humain Durable.
<b>DIB</b>	Diplôme d'Infirmier Breveté.
<b>DIE</b>	Diplôme d'Infirmier d'État.
<b>DIVI</b>	Direction de l'Inspection et de Vérification Interne.
<b>DNPS</b>	Direction Nationale de la Protection Sanitaire.
<b>DPP</b>	Direction de la Programmation et de la Prospective.
<b>DRC</b>	Direction de la Règlementation et du Contrôle.

---

<b>DSF</b>	Diplôme de Sage-Femme.
<b>DSRP</b>	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté.
<b>DTL</b>	Diplôme de Technicien de Laboratoire.
<b>ESTHER</b>	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau.
<b>EU</b>	États-Unis (parlant du dollar).
<b>FAD</b>	Fonds Africain de Développement.
<b>FADEC</b>	Fonds d'Appui au Développement des Communes.
<b>FAO</b>	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (ou Food and Agriculture Organization).
<b>FCFA ou Fcfa</b>	Franc Communauté Financière Africaine.
<b>FMI</b>	Fonds Monétaire International.
<b>[540]</b>	
<b>FMSTP</b>	Fonds mondial pour la lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme.
<b>GEMDEV</b>	Groupement Economie mondiale, Tiers monde, Développement.
<b>HAAC</b>	Haute Autorité de l'Audiovisuelle et de la Communication (du Bénin).
<b>HACCP</b>	Hazard Analysis Critical Control Point (Système d'analyse des dangers et points critiques de contrôle pour la maîtrise des risques).
<b>HOMEL</b>	Hôpital de la Mère et de l'Enfant-Lagune.
<b>HZS ou HZ</b>	Hôpitaux de Zones Sanitaires.
<b>INSAE</b>	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique.
<b>IRM</b>	Imagerie par Résonance Magnétique.
<b>IST</b>	Infections Sexuellement Transmissibles.
<b>Km<sup>2</sup></b>	kilomètre carré.
<b>LNCQ</b>	Laboratoire National de Contrôle de Qualité des médicaments et consommables médicaux.
<b>MAEP</b>	Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche.
<b>MCPPD</b>	Ministère Chargé du Plan, de la Prospective et du Développement.

---

<b>MDGLAAT</b>	Ministère de la Décentralisation, de la Gouvernance Locale, de l'Administration et de l'Aménagement du Territoire.
<b>MSP</b>	Ministère de la Santé Publique.
<b>NEPAD</b>	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique.
<b>OI</b>	Organisation Internationale.
<b>OGM</b>	Organismes Génétiquement Modifiés.
<b>OMC</b>	Organisation Mondiale du Commerce.
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé.
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale.
<b>ONPB</b>	Ordre National des Pharmaciens du Bénin.
<b>ONUSIDA</b>	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA.
<b>ORL</b>	Oto-rhino-laryngologiste.
<b>PAM</b>	Programme Alimentaire Mondial (du système des Nations-Unies).
<b>PAS</b>	Programmes d'Ajustement Structurel.
<b>PCB</b>	Protocole de Cartagena sur la prévention des risques Biotechnologiques.
<b>PDC</b>	Plan de Développement Communal.
<b>PDL</b>	Programme de Développement Local.
<b>[541]</b>	
<b>PNLP</b>	Programme National de Lutte contre le Paludisme.
<b>PNLS</b>	Programme National de Lutte contre le Sida.
<b>PNUD</b>	Programme des Nations-Unies pour le Développement.
<b>PONADEC</b>	Politique Nationale de Décentralisation et Déconcentration.
<b>PPTE</b>	Pays Pauvres Très Endettés.
<b>RAMU</b>	Régime Assurance Maladie Universelle.
<b>REMEB-STP</b>	Réseau des Médias Béninois pour la lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme.
<b>ROBS</b>	Réseau des ONG Béninoises de Santé.

<b>RSI</b>	Règlement Sanitaire International.
<b>SCPAH</b>	Service du Contrôle des Produits d'origine Animale et Halieutique.
<b>SCRP</b>	Stratégie pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté.
<b>SG</b>	Secrétaire Général.
<b>SIDA</b> ou <b>sida</b>	Syndrome de l'ImmunoDéficiency Acquisée.
<b>SDI</b>	Société Distributrice d'Intrants.
<b>SNCQPV</b>	Service de Normalisation et de Contrôle de la Qualité des Produits d'origine Végétale.
<b>SNIGS</b>	Système National d'Information et de Gestion Sanitaire.
<b>SPCI</b>	Service de la surveillance Phytosanitaire et du Contrôle de la qualité des Intrants agricoles.
<b>SSA</b>	Sécurité Sanitaire des Aliments.
<b>SSDRO</b>	Service des Statistiques de la Documentation et de Recherche Opérationnelle.
<b>SSP</b>	Soins de Santé Primaires.
<b>UA</b>	Union Africaine.
<b>UE</b>	Union Européenne.
<b>UEMOA</b>	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine.
<b>UFLS</b>	Unités Focales de Lutte contre le Sida.
<b>UNGASS</b>	United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS, Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA.
<b>[542]</b>	
<b>UNICEF</b>	United Nations International Children's Emergency Fund, (Fonds des Nations unies pour l'enfance).
<b>USAID</b>	United States Agency for International Development, (Agence américaine pour le développement international).
<b>USQ</b>	Unités de Santé de Quartier.
<b>UVS</b>	Unités Villageoises de Santé.
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficiency Humaine.

[542]

**AFRIQUE COMPARABLE ?  
SANTÉ PUBLIQUE ET SÉCURITÉ GLOBALE AU BÉNIN.**

***LISTE DES ENTRETIENS***

[Retour au sommaire](#)

**ADIH Cocou Nestor**, 40 ans, transporteur à Cotonou – département du Littoral – entretiens du 20 juin 2009 et du 17 mai 2010.

**ADIKONOU Jean-Paul**, 36 ans, juriste à Parakou, département du Borgou – Entretien du 30 janvier 2011.

**ADJERRAN Brice**, responsable financier département de la micro finance ONG BETHESDA/DCAM (Parakou) – département du Borgou – entretien du 04 juillet 2009.

**ADJITCHE Kossi Casimir**, 30 ans, chef divisionnaire de la statistique sociale, service de l'analyse économique, direction de la prospection et du développement municipal Mairie de Cotonou – département du Littoral – Entretiens du 21 mai 2009 et du vendredi 30 juillet 2010.

**AKOBI David**, 43 ans, transporteur à Parakou, département du Borgou : enquêté ayant suivi récemment une thérapie traditionnelle avec le tradithérapeute Aziadomè KOGBLÉVI – Entretien du vendredi 30 juillet 2010.

**AKOBI Saliou**, 34 ans, Contrôleur général, banque de l'Habitat à Cotonou, département du Littoral – entretien du 05 Août 2010.

**ALI Téré**, géographe, responsable du service de Suivi Evaluation Statistique et de la Documentation au CeRPA Borgou/Alibori à Parakou, département du Borgou – Entretien du 22 mars 2011.

[543]

**ALLAGBÉ Soulé**, maire de Parakou – département du Borgou. Entretien du 16 avril 2009.

**ASSOGBA Aholofon Laurent**, 52 ans, docteur médecin de Santé Publique, Epidémiologiste, Directeur National de la Protection Sani-

taire (DNSP), Point Focal Organisation Ouest Africaine de la Santé/Bénin, Chevalier de l'Ordre National du Bénin. Ministère de la Santé, Cotonou, département du Littoral – entretien du jeudi 29 juillet 2010.

**ASSOGBA Martin**, Président d'association : ONG ALCRER (Association de Lutte Contre le Racisme, l'Ethnocentrisme et le Régionalisme). Cotonou – département du Littoral – Entretien du 08 juin 2009.

**BABAMOUSA Farid**, docteur pharmacien, Directeur Général du Laboratoire National de Contrôle de Qualité des médicaments et consommables médicaux (LNCQ), à Cotonou, département du Littoral – Entretien du 16 juin 2011.

**BACHABI Aminou**, Chef service Affaires Financières, chargé de l'élaboration du budget municipal et du suivi des projets : Commune de Bassila – département de la Donga – Entretiens du 22 Mars 2009 et du 05 Août 2010.

**BADOU E. Innocent**, Secrétaire Général de la mairie d'Abomey – département du Zou – Entretien du 07 juillet 2009.

**BIGOT Yolande**, docteur médecin-vétérinaire, Chef-Service Contrôle des denrées animales et aliments de bétail, Ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et de la Pêche (MAEP) à Cotonou, département du Littoral – Entretien du 24 mars 2011.

**BIO BANGANA BAWA Raimou**, Spécialiste en Gestion des Projets en Développement Local – Délégation à l'aménagement du territoire, chef département aménagement de l'environnement institutionnel (structure rattachée au MDGLAAT : Ministère de la Décentralisation, de la Gouvernance Locale, de l'Administration et de l'Aménagement du Territoire) – entretien du 17 mai 2009.

**BONI Yacoubou**, 42 ans, responsable du volet pastoralisme de l'Association pour la Promotion des Initiatives du Développement durable (API Dev [544] – ONG), sites couverts : Parakou/N'dali, département du Borgou – Entretien du 22 mars 2011.

**CHOUBIYI Vincent**, Secrétaire Général de la mairie d'Abomey-Calavi – Département de l'Atlantique – Entretien du 09 juin 2009.

**DAVODOU Siméon**, 53 ans, infirmier d'État en activité au CHD Borgou/Alibori de Parakou, également établi à son propre compte dans un cabinet privé au quartier Albarika sis au 1<sup>er</sup> arrondissement de la commune de Parakou – Entretien du 04 novembre 2010.

**DEDO Anatole**, 45 ans, infirmier d'État en santé publique en activité au Complexe Textile du Bénin (COTEB) service infirmerie et prévention des risques sanitaires et d'accidents de travail à Parakou, département du Borgou – Entretien du 06 novembre 2010.

**DELGAY Pierre-Michel**, Consul honoraire Régional (Aquitaine), Consulat de la République du Bénin à Bordeaux, France – Entretien du 28 janvier 2011.

**DOSSOU Ézin Faustin**, Chef du quartier Albarika dans le 1er arrondissement de la commune de Parakou – Entretien du 21 juin 2009.

**DOSSOU-YOVO Cossi Philibert**, 76 ans, secrétaire autodidacte et agent de la fonction publique en situation de mise en disponibilité, tradithérapeute à Porto-Novo, département de l'Ouémé – Entretien du samedi 24 juillet 2010.

**FACHEHOUN Alexandre**, instituteur – Entretien du 30 janvier 2011.

**GANGNIAHOSSOU Éric**, 40 ans, directeur commercial des produits Api-Bénin, Cotonou, département du Littoral – Entretien du 19 août 2010.

**GNIMAGNON Michèle**, 26 ans, étudiante en droit à l'Université de Parakou, département du Borgou, enquêtée ayant été maintenue en hospitalisation à l'hôpital privé Saint Jean de Dieu – hôpital de zone sis à Boko, département du Borgou – Entretien du lundi 08 novembre 2010.

**GUIDAN Martin**, ingénieur agronome, Directeur de la Promotion des Filières et de la Sécurité Alimentaire (DPFSA) du Ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et de la Pêche (MAEP), Cotonou, département du Littoral – Entretien du 21 mars 2011.

**HOUETO René Patrick**, docteur, pharmacien, Pharmacie « Palace Plus », à Cotonou, Fifadji, département du Littoral – Entretien du lundi 29 janvier 2011.

[545]

**KANGALA Émile**, docteur médecin vétérinaire à Parakou, département du Borgou – Entretien du jeudi 11 mars 2010.

**KASSIN Marceline**, infirmière d'État en activité au service pédiatrie de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant-Lagune (HOMEL) de Cotonou, département du Littoral – Entretien du lundi 15 novembre 2010.

**KATCHON Jacob**, plus de 90 ans, thérapeute traditionnel de son état (résidence principale : Gouka département des Collines) et

**KATCHON Hilaire**, 65 ans environ, retraité, (résidence principale : Parakou, département du Borgou) – Entretien du lundi 19 juillet 2010.

**KATÉ Sabai**, actuel ministre de l’Agriculture, de l’Elevage et de la Pêche (MAEP) et maire de la commune de Banikoara – département de l’Alibori – entretiens du 07 juillet 2009 et du 09 juin 2011.

**KINDÉDOHOUN Comlan Charles**, inspecteur de police, Commissariat central de Parakou, département du Borgou – Entretien du 05 avril 2011.

**KOGBLÉVI Aziadomè**, 64 ans, agro-pédologue, microbiologiste de sol, ancien député et ancien ministre de l’environnement, de l’habitat et de l’urbanisme, professeur à l’université d’Abomey-Calavi (Bénin), tradithérapeute et directeur de l’ONG Institut de Recherche en Naturothérapie – Entretien du 19 août 2010.

**KOGBLÉVI Bélonix**, 35 ans, commerçant à Cotonou, département du Littoral : fils et collaborateur du tradithérapeute Aziadomè KOGBLÉVI –

Entretien du samedi 24 juillet 2010.

**KOTO-YÉRIMA Aboubakar**, 46 ans, économiste, coordonnateur du Programme d’appui aux Mutuelles de Santé en Afrique (PROMUSAF-Bénin), Cotonou, département du Littoral – entretien du 09 juin 2011.

**LOKOSSOU Hounga Richard**, 57 ans, directeur de l’Elevage, Ministère de l’Agriculture, de l’Elevage et de la Pêche (MAEP), Cotonou, département du Littoral – Entretien du 24 mars 2011.

**LOUGOUDOU Charles**, assistant du chargé de mission assainissement des communes du Borgou. ONG BETHESDA/DCAM, en partenariat avec les communes du Borgou, de l’Alibori de l’Atacora et de la Donga. Entretien du 04 juillet 2009.

[546]

**OGOUTCHORO Edouard**, commissaire de police, chef-service Constat des accidents de circulation (Cotonou, département du Littoral) et membre adhérent de l’ONG Alinagnon – Entretien du 05 avril 2011.

**PERRIN René Xavier**, 57 ans, Professeur titulaire de Gynécologie Obstétrique, en activité à l’Hôpital de la Mère et de l’Enfant-Lagune (HOMEL) de Cotonou, département du Littoral – Entretien du mardi 16 novembre 2010.

**SARRÉ Chabi Kandi**, 47 ans, chef-brigade de la Police sanitaire des départements du Borgou/Alibori à Parakou, département du Borgou – Entretien du 22 mars 2011.

**SOHOUN Yves**, chargé de mission assainissement des communes du Borgou. ONG BETHESDA/DCAM, en partenariat avec les communes du Borgou, de l'Alibori, de l'Atacora et de la Donga. Entretien du 04 juillet 2009.

**TAMPOUHOUNRO TCHANDO Judith**, 27 ans, étudiante à l'Université de Parakou, département du Borgou (enquêtée ayant utilisé le produit traditionnel api-palu) – Entretien du 19 août 2010.

**TOYIGBÉ Émile**, docteur médecin-vétérinaire, chef-service Appui au Développement des Productions animales et de la Filière Agricole, Ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et de la Pêche, Cotonou, département du Littoral – Entretien du 25 mars 2011.

**VIKIN KINTOSSOU Comlan Ferdin Marcus**, 28 ans, docteur d'État en pharmacie, responsable de la CAME – Agence de Parakou, département du Borgou – Entretien du 10 juin 2011.

[547]

**AFRIQUE COMPARABLE ?  
SANTÉ PUBLIQUE ET SÉCURITÉ GLOBALE AU BÉNIN.**

**GUIDE DES ENTRETIENS**

[Retour au sommaire](#)

***1 – Enquêtes sur la politique de coopération  
entre les médecines traditionnelle et moderne.***

**A – Institutions et acteurs de la santé publique :**

- \* Que pensez-vous de la stratégie de l’OMS depuis la conférence des États d’Alma Ata (1978) d’une coopération entre les médecines traditionnelle et moderne dans les pays en développement ?
- \* Cette politique de complémentarité des deux médecines est-elle aujourd’hui effective au Bénin ?
- \* Comment cette complémentarité des deux médecines se matérialise-t-elle sur le terrain béninois des soins de santé primaires ?

**B – Représentants de la médecine traditionnelle et néo-traditionnelle :**

- \* Comment se passent les rapports entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne ?
- \* Peut-on parler d’une reconnaissance officielle du statut de thérapeute traditionnel ?

- \* Aviez-vous déjà exercé votre activité de tradithérapeute au sein d'un établissement de soins de santé public ?

**C – Enquêtés ayant ou non suivi un traitement plus ou moins long de la médecine traditionnelle ou moderne :**

- \* Que pensez-vous des rapports entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne ?
- \* Peut-on parler d'une complémentarité ou plutôt d'une concurrence entre les deux médecines ?

[548]

- \* Aviez-vous déjà suivi, ou envisageriez-vous de suivre des thérapeutiques traditionnelles pour vous-même ou pour votre entourage ?

***2 – Enquête sur les motivations du recours aux thérapeutiques traditionnelles, leur qualité et leur efficacité.***

**D – Institutions et acteurs de la santé publique :**

- \* Comment expliquez-vous le recours non négligeable des populations à la médecine traditionnelle ?
- \* Existe-t-il un contrôle de qualité ou d'innocuité des thérapeutiques traditionnelles ?
- \* Comment s'opère le contrôle de qualité des thérapeutiques traditionnelles ?
- \* Peut-on parler, en termes d'efficacité, de pouvoir thérapeutique, socialement reconnu, de la médecine traditionnelle ?

**E – Représentants de la médecine traditionnelle :**

- \* Comment décririez-vous les méthodes des thérapies traditionnelles : une médecine des ancêtres ? Une médecine à base des plantes essentiellement ? Une médecine à base des plantes et des produits animaux ? Une médecine aux fondements mystiques, religieux ou magico-religieux ? Une médecine aux méthodes non invasives ?

- \* Parlez-moi de vos remèdes traditionnels contre le sida par exemple.
- \* Sont-ils efficaces ? Sont-ils validés par les instances sanitaires ? Sont-ils testés et attestés par des malades ?
- \* Vos remèdes traditionnels sont-ils tous et intégralement soumis au contrôle de qualité requise des autorités sanitaires ?

[549]

- \* Comment entreprenez-vous la valorisation de vos produits et thérapeutiques traditionnels à l'endroit du public ?

**F – Enquêtés ayant ou non suivi un traitement plus ou moins long de la médecine traditionnelle ou moderne :**

- \* Quelles sont ou pourraient être vos motivations en cas de recours à la médecine traditionnelle ?
- \* Peut-on parler de qualité authentique des produits et thérapies traditionnels ?
- \* Diriez-vous que la médecine traditionnelle est une médecine efficace ? Comment expliquez-vous votre réponse ?

***3 – Enquête sur la mise en œuvre depuis 2002 de la réforme de décentralisation au Bénin et ses impacts sur l'organisation pyramidale de la santé publique.***

**G – Enquêtés relevant de l'administration territoriale : maires et fonctionnaires territoriaux :**

- \* La décentralisation, dans votre commune, est-elle opérationnelle aujourd'hui ?
- \* Quels sont, selon vous, les apports de la décentralisation dans la gestion des affaires locales de la commune et ses arrondissements ?
- \* Quelles sont les ressources dont dispose la collectivité territoriale pour sa gestion autonome ?
- \* Sont-elles suffisantes pour assurer une gestion autonome vis-à-vis du gouvernement central ?

- \* Quelles sont les actions de la municipalité ou de la commune pour le développement local ?
- \* Diriez-vous que la décentralisation vous donne des compétences pour organiser efficacement la gestion locale des affaires liées à la santé publique ?
- \* Quelles sont les actions de la municipalité ou de la commune dans le domaine de la santé publique ?

[550]

- \* Disposez-vous d'une coopération décentralisée et dans quels domaines ?
- \* Les populations se sentent-elles beaucoup plus protégées et écoutées par les pouvoirs publics qu'auparavant ?
- \* Diriez-vous que la décentralisation a permis une meilleure prise en charge des affaires locales relatives à la sécurité ?
- \* Diriez-vous que la décentralisation participe vraiment d'une assise de la démocratie locale ?

#### **H - Enquêtes relevant de la société civile et acteurs de la gouvernance territoriale :**

- \* En tant qu'associations caritatives ou ONG, quelles sont, selon vous, les apports de la décentralisation en termes d'opportunités d'affaires ou de collaboration de la société civile dans la gestion du développement local ?
- \* La décentralisation actuelle favorise-t-elle un meilleur partenariat avec les autorités municipales et communales pour la mise en œuvre de vos programmes de développement local ?
- \* Diriez-vous que la décentralisation ainsi amorcée renforcera véritablement le processus démocratique par le jeu d'une démocratie locale ?
- \* Aviez-vous constaté à ce jour des avancées notoires en termes de gouvernance locale dans votre collectivité territoriale ?
- \* Que pensez-vous de la sécurité sanitaire et de sa prise en compte par les pouvoirs municipaux ou communaux ?
- \* Que pourriez-vous dire de l'autonomie administrative et politique des maires vis-à-vis de l'État central ?

- \* Quelles sont, selon vous, les compétences non transférées aux collectivités locales et qui auraient dues l'être ?

#### ***4 – Enquête relative à l'organisation pyramidale des soins de santé au Bénin.***

##### **I – Enquêtés exerçant une profession médicale ou paramédicale :**

- \* Comment fonctionne la pyramide sanitaire mise en place pour le système des soins de santé au Bénin ?

[551]

- \* Globalement, le système pyramidal des soins de santé offre-t-il, selon vous, les conditions suffisantes pour garantir la sécurité sanitaire du soigné ?
  - \* Diriez-vous que l'accès des populations aux services des soins de santé est dorénavant plus facile ?
- Comment s'opère le tri entre les cas pathologiques dits référables et les cas non référables à l'hôpital de zone ?
- \* Diriez-vous que la prise en charge médicale au niveau périphérique de la pyramide sanitaire est globalement satisfaisante ?
  - \* Que vous inspire l'organisation actuelle des CHD représentant le niveau intermédiaire de la pyramide sanitaire ?
  - \* Quels sont, selon vous, les problèmes induits par la pénurie du personnel soignant toutes catégories confondues ?
  - \* Cette pénurie du personnel soignant a-t-elle un lien quelconque avec leur répartition spatiale ou territoriale ? A-t-elle un lien quelconque avec les mesures de politiques publiques ? Ou finalement, peut-on parler d'une certaine démotivation dans le rang du corps médical ?
  - \* Que pensez-vous de la désaffectation des médecins et autres personnels soignants pour les départements du Centre et du Nord Bénin ?
  - \* Comment décririez-vous les conditions de travail du médecin et des autres catégories soignantes au Bénin ?

- \* Peut-on autrement parler de garanties en termes de sécurité, de confort, de bien-être social et de possibilités de spécialisation requise tout au long de leur carrière ?
- \* Peut-on parler de conflit de pouvoir à l'hôpital ?
- \* Existe-t-il dans l'hôpital public un protocole de qualité pour l'organisation des soins de santé dispensés ?
- \* Diriez-vous que l'hôpital public est aujourd'hui bien équipé tant en ressources humaines en termes de compétences ou spécialités médicales qu'en matériels médico-techniques pour une organisation efficace des soins de santé ?
- \* Selon vous, l'infirmier ou l'aide-soignant(e) peuvent-ils d'après les règles qui organisent leur profession, prescrire des ordonnances médicales ?
- \* Quelle est la place des professionnels des soins de réadaptation dans la pyramide sanitaire ?

[552]

- \* Sont-ils bien connus des populations ?
- \* Les établissements de soins privés peuvent-ils s'installer et exercer au Bénin la profession de soignant sans autorisation administrative ?
- \* Quelle est l'autorité compétente pour décider de l'installation des établissements de soins privés et pour exercer un contrôle de qualité sur leurs prestations médicales ou paramédicales ?
- \* Diriez-vous que l'hôpital privé concurrence toujours l'hôpital public par l'assurance-qualité des soins ou la réalisation d'un objectif continu de performance ?

**J – Enquêtés ayant une expérience thérapeutique avec les établissements de soins de santé :**

- \* Comment apprécieriez-vous la distance géographique séparant les unités médico-sanitaires (à la base de la pyramide) et l'hôpital de zone ou hôpital référent ?
- \* Au niveau périphérique de cette pyramide, la prise en charge médicale est-elle toujours assurée sous la présence effective d'un médecin ou d'un corps médical ?
- \* Les CHD sont-ils mieux équipés et plus efficaces pour la couverture des soins médicaux ?

- \* Comment représentez-vous la fonction du médecin ?
- \* Comment percevez-vous le médecin dans la société en général ?
- \* Que pensez-vous de la qualité générale des soins de santé offerts aux différents niveaux de la pyramide sanitaire à savoir, les niveaux : périphérique, intermédiaire et national ?
- \* En quels termes pourriez-vous décrire la qualité de l'accueil réservé aux malades ainsi qu'à leur famille ou entourage à l'hôpital public ?
- \* Existe-t-il une charte relative aux droits du patient hospitalisé ?
- \* Comment décririez-vous les conditions d'une hospitalisation aujourd'hui au sein de l'hôpital public ?
- \* Comment représentez-vous le rôle de l'infirmier d'État et de l'aide-soignant(e) ?

[553]

- \* Que pensez-vous des professionnels des soins de réadaptation comme par exemple le kinésithérapeute ?
- \* Diriez-vous que l'hôpital privé est absolument mieux équipé et plus efficace dans la dispensation des soins que l'hôpital public ?

### ***5 – Enquête relative aux déterminants socioculturels de la santé.***

- \* Comment représentez-vous généralement un état de bonne santé ?
- \* Comment décririez-vous ce qui, selon les usages traditionnels et les pratiques sociales, relèverait des catégories du « sain » ou du « malsain », du « normal » ou du « pathologique » ?
- \* Comment représentez-vous les maladies suivantes : le paludisme, le sida et les IST en général ?
- \* Comment la société perçoit-elle, selon vous, les personnes qui en sont affectées ?
- \* Comment décririez-vous les fondements traditionnels de certains rituels tels que le rituel de l'excision et l'infanticide

rituel courants dans certaines communautés socioculturelles du Bénin ?

- \* Comment traduiriez-vous en langue française les notions vernaculaires suivantes : Axovi du Fon, Akoba et Agbako du Yoruba ?
- \* Comment expliqueriez-vous le mythe de l'arc-en-ciel sur la colline Basso et les croyances populaires qui l'entourent ?

***6 – Enquête relative à l'organisation sociopolitique de la sécurité alimentaire, de la sécurité sanitaire des aliments (SSA) et de la protection de l'environnement physique et social.***

- \* Quelle est la place du coton biologique aujourd'hui dans la production cotonnière du Bénin ?
- \* Quel est le niveau de mécanisation du secteur agricole au Bénin ? Quels sont les outils utilisés ?
- \* Le secteur agricole bénéficie-t-il de subventions publiques ? [554]
- \* Le secteur agricole est-il aujourd'hui un secteur attractif des activités économiques du pays ?
- \* Quel rôle joue l'État dans l'organisation ou la planification de la filière agricole au Bénin ?
- \* Quelles sont les influences de la déforestation sur la filière agricole et comment se présente cette menace sur l'ensemble du couvert végétal ?
- \* Diriez-vous que l'agriculture béninoise est une pratique intensive, extensive ou plutôt les deux ?
- \* Comment le concept international de la SSA est-il pris en compte au Bénin ?
- \* Que diriez-vous des phénomènes d'intoxication alimentaire saisonnière au Bénin ?
- \* Quelles réponses les pouvoirs publics apportent en cette matière ?
- \* Quels sont les services compétents pour le contrôle sanitaire des aliments ?

- \* Comment sont règlementés la distribution, l'utilisation et le stockage des intrants chimiques phytosanitaires au Bénin ?
- \* Quelles sont les missions assurées par les CeRPA et combien y en a-t-il ?
- \* Si vous devriez décrire le comportement stratégique du cotonculteur par exemple, diriez-vous que, le confort financier est-il plus important pour lui ou privilégié par rapport au bien-être sanitaire ?
- \* La sécurité sanitaire des aliments est-elle une préoccupation explicite des PDC ?
- \* Comment le maire met-il en œuvre ses missions de sécurité publique notamment lorsque la loi dispose que : « Le Maire est chargé d'assurer entre autres, la salubrité publique, le contrôle de conformité aux normes des instruments de mesure, le respect des prescriptions en matière d'hygiène, notamment en matière d'hygiène des aliments, des lieux publics et établissements fréquentés par le public. » ?
- \* L'État béninois a-t-il intégré la méthode HACCP avec les principes de la BPA (Bonne Pratique Agricole) et BPH (Bonne Pratique d'Hygiène) dans sa planification de la SSA ?

[555]

- \* Comment décririez-vous le dispositif actuel de gestion de la sécurité routière au Bénin ?

***7 – Enquête relative aux politiques publiques  
multisectorielles de prévention, de prévoyance  
et de précaution dans la formulation  
et la mise en œuvre des programmes  
de santé publique.***

- \* Que pensez-vous du financement public de la santé ?
- \* Que vous inspirent la mobilisation et la gestion des solidarités familiales pour faire face aux épisodes morbides traversés par le malade et sa famille ?
- \* Quelles sont les activités de la commune en matière de salubrité publique ?

- \* Quelles sont, selon vous, les difficultés sociales et sanitaires fréquemment induites par la situation d'analphabétisme ou d'illettrisme de l'acteur social ?
- \* Que pensez-vous du mécanisme de l'assurance-maladie en général et des mutuelles de santé en particulier ?
- \* Comment expliqueriez-vous aujourd'hui encore les faibles taux d'adhésion populaire à une organisation mutuelle ?
- \* Que pensez-vous de l'accessibilité des médicaments au Bénin ?
- \* Que pensez-vous des cultures et des produits alimentaires à base d'OGM ?
- \* Selon vous, peut-on parler de menace environnementale sérieuse avec l'importation et l'expérimentation au Bénin des cultures d'OGM ?

**Fin du texte**