

# Revue Ivoirienne de Géographie des Savanes



# RIGES

**ISSN: 2521-2125**

**Numéro 7**

**Décembre 2019**



Publiée par le Département de Géographie de l'Université Alassane OUATTARA de Bouaké

## ADMINISTRATION DE LA REVUE

### *Direction*

Arsène DJAKO, Professeur Titulaire à l'Université Alassane OUATTARA (UAO)

### *Secrétariat de rédaction*

- **Joseph P. ASSI-KAUDJHIS**, Professeur Titulaire à l'UAO
- **Konan KOUASSI**, Maître de Conférences à l'UAO
- **Dhédé Paul Eric KOUAME**, Maître-Assistant à l'UAO
- **Yao Jean-Aimé ASSUE**, Maître-Assistant à l'UAO
- **Zamblé Armand TRA BI**, Maître-Assistant à l'UAO
- **Kouakou Hermann Michel KANGA**, Assistant à l'UAO

### *Comité scientifique*

- **HAUHOUOT** Asseypo Antoine, Professeur Titulaire, Université Félix Houphouët Boigny (Côte d'Ivoire)
- **ALOKO** N'Guessan Jérôme, Directeur de Recherches, Université Félix Houphouët Boigny (Côte d'Ivoire)
- **AKIBODÉ** Koffi Ayéchoro†, Professeur Titulaire, Université de Lomé (Togo)
- **BOKO** Michel, Professeur Titulaire, Université Abomey-Calavi (Benin)
- **ANOH** Kouassi Paul, Professeur Titulaire, Université Félix Houphouët Boigny (Côte d'Ivoire)
- **MOTCHO** Kokou Henri, Professeur Titulaire, Université de Zinder (Niger)
- **DIOP** Amadou, Professeur Titulaire, Université Cheick Anta Diop (Sénégal)
- **SOW** Amadou Abdoul, Professeur Titulaire, Université Cheick Anta Diop (Sénégal)
- **DIOP** Oumar, Professeur Titulaire, Université Gaston Berger Saint-Louis (Sénégal)
- **WAKPONOU** Anselme, Professeur HDR, Université de N'Gaoundéré (Cameroun)
- **KOBY** Assa Théophile, Maître de Conférences, UFHB (Côte d'Ivoire)
- **SOKEMAWU** Koudzo, Professeur Titulaire, UL (Togo)

## EDITORIAL

La création de RIGES résulte de l'engagement scientifique du Département de Géographie de l'Université Alassane Ouattara à contribuer à la diffusion des savoirs scientifiques. RIGES est une revue généraliste de Géographie dont l'objectif est de contribuer à éclairer la complexité des mutations en cours issues des désorganisations structurelles et fonctionnelles des espaces produits. La revue maintient sa ferme volonté de mutualiser des savoirs venus d'horizons divers, dans un esprit d'échange, pour mieux mettre en discussion les problèmes actuels ou émergents du monde contemporain afin d'en éclairer les enjeux cruciaux. La dynamique paysagère, la gestion foncière, la distribution des produits vivriers, l'insécurité urbaine, les migrations, l'intégration des gares routières dans le tissu urbain, le développement local, les questions sanitaires ont fait l'objet d'analyse dans ce présent numéro. RIGES réaffirme sa ferme volonté d'être au service des enseignants-chercheurs, chercheurs et étudiants qui s'intéressent aux enjeux, défis et perspectives des mutations de l'espace produit, construit, façonné en tant qu'objet de recherche. A cet effet, RIGES accueillera toutes les contributions sur les thématiques liées à la pensée géographique dans cette globalisation et mondialisation des problèmes qui appellent la rencontre du travail de la pensée prospective et de la solidarité des peuples.

**Secrétariat de rédaction**

**KOUASSI Konan**

## COMITE DE LECTURE

- KOFFI Brou Emile, Professeur Titulaire, UAO (Côte d'Ivoire)
- ASSI-KAUDJHIS Joseph P., Professeur Titulaire, UAO (Côte d'Ivoire)
- BECHI Grah Félix, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- MOUSSA Diakité, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- VEI Kpan Noël, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- LOUKOU Alain François, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- TOZAN Bi Zah Lazare, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- ASSI-KAUDJHIS Narcisse Bonaventure, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- KOFFI Yao Jean Julius, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire).

## Sommaire

<p><b>BOUKPESSI Tchaa, ADRIKA Nafiou, KOUMOI Zakariyao</b></p> <p><i>Dynamique de la végétation et état actuel de la flore du plateau de l'Adélé (Centre-Togo)</i></p>	7
<p><b>Sylvestre Abiola CHAFFRA, Toussaint Olou LOUGBEGNON, Jean Timothée Claude CODJIA</b></p> <p><i>Analyse de la distribution de l'avifaune du Bénin en relation avec les différents écosystèmes : essai cartographique et perspectives de conservation des habitats d'intérêt écologique</i></p>	25
<p><b>KOFFI Kan Emile, KOUASSI Kouamé Julien, ETTIEN Zénobe N'dadja</b></p> <p><i>Mutations paysagères dans la forêt classée de Foro-Foro (Centre, Côte d'Ivoire) dans une région en crise</i></p>	50
<p><b>OUREGA Kouessi Remi Stephane, KONAN Kouadio Eugène, KOLI BI Zuéli</b></p> <p><i>Occupation de l'espace dans un contexte d'évolution démographique dans la sous-préfecture de Korhogo (Côte d'Ivoire)</i></p>	65
<p><b>BA Aïcha Idy Seydou Wally, DIOUF Adama Cheikh, CISSOKHO Dramane</b></p> <p><i>Analyse des modes de gestion foncière dans le delta du fleuve Sénégal : exemple des communes de Diama, Gandon et Ronkh</i></p>	77
<p><b>Moussa TOURE, Siaka DOUMBIA</b></p> <p><i>Analyse de la gestion coutumière des espaces agricoles dans le cercle de Dioïla au Mali</i></p>	88
<p><b>KONAN Kouamé Hyacinthe</b></p> <p><i>La gestion participative, une solution à l'orpaillage clandestin au nord de la Côte d'Ivoire</i></p>	105
<p><b>THIOR Mamadou, SANE Tidiane, MBALLO Issa, BADIANE Alexandre, SY Oumar, DESCROIX Luc</b></p> <p><i>Contraintes à la production rizicole et reconversion socioéconomique dans la commune de Diembering (Sénégal)</i></p>	118
<p><b>Codjo Clément GNIMADI</b></p> <p><i>Rôle des coopératives de producteurs d'ananas dans la réduction de la pauvreté dans la commune d'Allada au sud du Bénin</i></p>	133

<b>DIALLO Mary, COULIBALY Katchenin Aminata, ASSUÉ Yao Jean-Aimé</b> <i>Contributions des femmes rurales aux ressources des ménages dans les Sous-préfectures de Boundiali et de Siempurgo (Nord, Côte d'Ivoire)</i>	148
<b>KOUMAN Kouassi Alain, KOUASSI Patrick Juvet, GOGBE Téré</b> <i>Action municipale et développement de la ville de Man (ouest de la Côte d'Ivoire)</i>	162
<b>Lamourdja BIALI, Iléri DANDONOUGBO, Komi N'KERE</b> <i>Les facteurs de l'insécurité à Lomé dans un contexte de croissance urbaine</i>	179
<b>KAKOU Golly Mathieu, KOUAME Carine Natacha, AMAND M'boh Serge</b> <i>La gare routière de Bonoua et ses implications socio-économiques et environnementales</i>	197
<b>GBANFLIN N'dri Amos, ALOKO-N'guessan Jérôme</b> <i>Insertion des gares routières spontanées dans le tissu urbain de Yopougon (Abidjan, Côte d'Ivoire)</i>	214
<b>Ibrahima Faye DIOUF, Mamadou Bouna TIMERA, Papa SAKHO</b> <i>Migration de retour des diplômés sénégalais de France et investissement citoyen au Sénégal</i>	231
<b>SAMAKE Charles, FOFANA Sory Ibrahima</b> <i>Analyse des déterminants de la mortalité des enfants de 0 à 5 ans dans la commune rurale de Miena/cercle de Koutiala (Mali)</i>	245
<b>KOUAME Koffi Fiacre, KOUAME Dhede Paul Éric, LOUKOU Alain François, DJAKO Arsène</b> <i>Les disparités d'usage éducatif du smartphone dans les établissements secondaires de la région de la Marahoué (Centre-Ouest, Côte d'Ivoire)</i>	261
<b>MAFOU Kouassi Combo</b> <i>Migrations agricoles à Bonon: de la fin des mouvements d'aller-retour à la sédentarisation des populations</i>	278
<b>YEBOUE Konan Thiéry St Urbain</b> <i>Problématique de la consommation du riz importé dans les bassins de production du riz local du centre de la Côte d'Ivoire</i>	293

**Philippine SONON, Abou-Bakari IMOROU**

*Santé publique et sciences sociales : quels apports, quelle convergence pour la compréhension des difficultés d'appropriation de l'offre contraceptive biomédicalisée à Zè (Sud-Bénin) ?*

312

**SANTE PUBLIQUE ET SCIENCES SOCIALES : QUELS APPORTS, QUELLE  
CONVERGENCE POUR LA COMPREHENSION DES DIFFICULTES  
D'APPROPRIATION DE L'OFFRE CONTRACEPTIVE BIOMEDICALISEE A ZE  
(SUD-BENIN) ?**

**Philippine SONON**, Assistante de recherche au LASDEL

Email : [pino9556@yahoo.fr](mailto:pino9556@yahoo.fr)

**Abou-Bakari IMOROU**, Enseignant-Chercheur, Maître de Conférence des  
Universités CAMES, DSA-FASHS et Chercheur au LASDEL

Email : [ab.imorou@gmail.com](mailto:ab.imorou@gmail.com)

**Résumé**

L'étude part d'une controverse autour de l'offre contraceptive biomédicalisée, pour comprendre les difficultés d'appropriation de l'offre contraceptive biomédicalisée, à Zè. Elle propose donc, une complémentarité des deux sciences : l'apport des sciences sociales, en particulier, l'apport de la socio-anthropologie à la santé publique dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques, notamment celles de la santé publique. Les données sont produites à partir des récits de vie, d'entretiens, d'observations continues et d'étude documentaire. De l'analyse des données, il en ressort que les difficultés d'appropriation des politiques publiques en générale et celles des politiques et interventions de santé publique, en matière de planification des naissances, par les acteurs, s'explique par les logiques et usages sociaux enchâssés dans des mécanismes sociaux de gestion de la fécondité souvent non appréhendés par les interventions de santé publique et les différentes politiques publiques.

**Mots clés :** Usages sociaux, Planification des naissances, Offre contraceptive, Biomédicalisée, Zè (Bénin)

**Abstract**

The study is part of a controversy around the biomedicalized contraceptive offer, to understand the difficulties of appropriation of the biomedicalized contraceptive offer, in Zè. It therefore proposes a complementarity of the two sciences: the relationship of the social sciences, in particular, the relationship of socio-anthropology to public health in the development and implementation of public policies, in particular those of public health. The data are produced from life stories, interviews, continuing observations and documentary study. From the analysis of the data, it emerges that the difficulties of appropriation of public policies in general and those of public health policies and interventions, in matters of family planning, by the actors, can be explained by the logics and uses embedded in the social mechanisms of fertility management often not understood by public health interventions and various public policies.

**Keywords:** Social uses, Birth planning, Contraceptive offer, Biomedicalized, Zè (Benin)

## **Introduction**

La problématique de la population a été au cœur de nombreux débats politiques, scientifiques, économiques et sociaux au cours de l'histoire. Elle a généré beaucoup de théories s'inscrivant soit dans les courants pro-natalistes soit dans le malthusianisme. La taille de la population a été perçue à la fois comme un facteur de puissance pour les uns et mais aussi comme un problème de développement pour les autres. Ainsi, selon les époques, des pays ont pu mener des politiques natalistes ou des politiques de contrôle des naissances. Pendant ces dernières décennies, la question démographique est au cœur des préoccupations des politiques de développement. Même si le débat autour du dividende démographique, nuance dans une certaine mesure, les inquiétudes, il est une constante que l'accroissement exponentiel de la population mondiale (qui est passé de 2,54 milliards d'habitants en 1950 à 7,38 milliards en 2015, selon l'ONU), suscite beaucoup de préoccupations. D'où la recrudescence du débat sur les politiques nationales et les stratégies individuelles de limitations des naissances. Dès lors, les questions de santé de la reproduction, notamment celles relatives à la planification des naissances deviennent de plus en plus une préoccupation majeure des divers acteurs tant internationaux que nationaux, aussi bien publics que privés. Ceci se matérialise à travers les diverses déclarations, conventions et conférences internationales et régionales telles que la conférence de Caire, tenue en 1994, qui a permis à ces divers acteurs d'afficher leur position par rapport aux débats sur la population et la gestion de la fécondité. Au plan national, le Bénin dispose d'un cadre institutionnel et réglementaire, en matière de promotion de la planification familiale et de la santé de la reproduction. En effet, on observe une reconnaissance des droits reproductifs au niveau national, à travers le vote de la loi n°2003-04 du 03 mars 2003, relatif à la santé sexuelle et à la reproduction, en République du Bénin.

En dehors de cette loi, le Bénin a élaboré de nombreuses politiques et stratégies en matière de la promotion de la planification des naissances et de l'amélioration de la santé de la reproduction. On peut citer entre autres : la stratégie nationale pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin, en son domaine prioritaire n°2 qui met l'accent sur les soins pré-conceptionnels (planification familiale, nutrition, éducation à la vie familiale et à la parenté responsable). Il y a aussi, la stratégie nationale de repositionnement de la planification familiale au Bénin avec trois composantes sur la planification familiale parmi lesquelles : la contraception, la prévention et le traitement de l'infertilité et de la stérilité, la prévention et le traitement des pathologies sexuelles y compris les IST/VIH/SIDA



pour l'horizon 2011-2015. De même, le Bénin a élaboré une stratégie de réduction de la pauvreté (la SCRIP), dont l'un des objectifs est de promouvoir la planification familiale en vue d'une sexualité responsable. Le Bénin a adopté également le 02 mai 1996, une Déclaration de Politique de Population (Dépolipo, 1996), qui s'est fixé pour objectif de promouvoir une fécondité responsable en incluant les sous-objectifs suivants : réduire les maternités précoces et tardives, lutter contre les grossesses non désirées, promouvoir la planification familiale en vue d'une sexualité responsable, améliorer de taux de prévalence contraceptive en le portant de 6,2% en 2006 à 15%, en 2015. A la suite de cette déclaration, le Bénin a élaboré la Politique Nationale de Population, PNP (2013-2025), qui remplace la Dépolipo (1996), dont l'objectif général 1, est la maîtrise de la dynamique démographique. Cette politique s'est fixée comme objectifs spécifiques n°1 et n°2 de promouvoir une fécondité responsable et de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile. Selon la PNP, « le renforcement des actions de la santé de la reproduction, avec le focus sur l'utilisation des méthodes contraceptives aura pour effet de consolider le déclin de la fécondité amorcée et de réduire le nombre d'enfants nés vivants par femme de 5,5 à 4 à l'horizon 2025 » (PNP, 2013-2025, p.24-25). Il dispose aussi dans la plupart des zones sanitaires de ces départements, une disponibilité d'offre contraceptive biomédicalisée, comme le cas de la zone sanitaire : Allada-Toffo-Zè, où on note une disponibilité effective d'une offre contraceptive, en matière de planification des naissances. Toutefois, face à cette disponibilité, les acteurs développent des réponses sociales pour gérer leur fécondité au cours de leur trajectoire génésique. Cette situation a attiré notre curiosité scientifique et nous avons cherché à comprendre les mobiles qui structurent le recours par les acteurs, à d'autres formes de réponses, au cours de leurs expériences génésiques.

### **1. Matériels et options méthodologiques**

Le présent travail s'inscrit dans une perspective socioanthropologique et les données sont analysées à la lumière du constructivisme de Pierre Bourdieu. La production des données empiriques est effectuée avec des techniques de collecte de données telles que l'observation, l'entretien, l'étude documentaire etc. en alternant les phases documentaires et empiriques. Les entretiens libres sont effectués auprès des femmes multipares et leurs conjoints en privilégiant les récits de vie, les données sémiologies et biographiques. Les entretiens libres avec les autorités coutumières, les guérisseurs traditionnels et les tradi-thérapeutes, qui constituent les principaux acteurs de l'offre contraceptive locale de planification des naissances. Les entretiens semi-directifs sont effectués auprès des promoteurs de la contraception biomédicalisée. Une étude des registres médicaux est faite. Nos observations sont limitées au cadre médical et aux espaces familiaux accessibles en interrogeant le vécu des ménages dans leur parcours génésique en ce qui concerne les acteurs entrant dans le processus décisionnel. En faisant un va-et-vient entre les recherches documentaires, les entretiens et les

observations, la production des données a permis, d'élargir le champ de connaissances en matière de pratiques contraceptives locales et de stratégies individuelles de gestion de la fécondité au sein des couples. Elle a permis aussi, de mieux appréhender la façon dont les acteurs pensent gérer leur fécondité ou conçoivent la gestion de leur vie sexuelle et reproductive, ou encore, leur santé sexuelle et reproductive, à partir des normes sociales du milieu et des référents sociaux auxquels ils ont recours. Ces aspects sont souvent occultés lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques et intervention de santé publique, qui proposent souvent des « normes et des règles », à suivre, pour une santé « parfaite », mieux, pour une santé sexuelle et reproductive et une maternité « sans risque ».

## **2. Résultats et discussion**

### ***2.1. Planification des naissances à l'aide des contraceptifs biomédicalisés : pour une sexualité et une maternité sans risque ?***

Il ne s'agit pas ici de prendre le contre-pied des avantages liés à une sexualité et à une maternité planifiée au sein des couples, encore moins de nier les efforts fournis par les acteurs de la santé publique pour agir favorablement sur les taux de mortalité maternelle et de mortalité infantile à travers la promotion de la planification familiale, à base des produits contraceptifs biomédicaux. Mais le travail cherche à mener des réflexions sur la notion du risque issue de l'idéologie de la santé publique qui fait la promotion d'une sexualité et d'une maternité « sans risque ». En effet, lors des campagnes de masses et des séances de sensibilisation, les agents de santé mettent l'accent sur la nécessité d'adopter les méthodes biomédicales de contraceptives pour une maternité « sans risque ». Cela signifie-t-il que le fait d'adopter les méthodes contraceptives biomédicalisées pour planifier les naissances assure à l'utilisatrice des produits contraceptifs, une maternité « sans risque », alors que beaucoup d'autres facteurs entrent en jeu ? A quel moment parle-t-on de maternité à risque du point de vue de la santé publique et du point de vue de la perception populaire ?

Il est important de rappeler que la gestion de la grossesse, jusqu'à l'accouchement, est un processus complexe et fait appel à tant d'événements sociaux qu'on ne saurait réduire son succès à une seule pratique. La santé publique dans son entreprise normative, prescrit les conduites à tenir, même en matière de santé sexuelle et reproductive. Elle préconise une hyper-médicalisation de la santé sexuelle et reproductive, en passant par la gestion de la sexualité, de la grossesse à l'accouchement avec son paquet d'intervention médicale. Cette promotion s'inspire d'une série de concepts issus de l'idéologie de la santé publique, parmi lesquels la

santé de la reproduction (qui dissocie la sexualité de la reproduction), avec l'avènement des droits reproductifs et la maternité « sans risque ».

En effet, définir certaines populations comme « des populations à risque » lors de l'identification de certaines pathologies ou plus précisément, définir « des seuils de risque », dans la gestion de la vie sexuelle et reproductive des acteurs sans tenir compte de ce que les acteurs entendent par risque et jusqu'où ils sont capables de prendre consciemment des risques, apparaît comme une entreprise bien complexe. Selon Massé, « la gestion des risques à la santé associés à nos habitudes de vie et à nos environnements physique et social est devenue l'un des éléments clés dans l'entreprise de légitimation des interventions de prévention et de promotion de la santé [...] » (Massé, 2007a, p.13). L'objectif ultime de la santé publique est de faire en sorte que les acteurs ne soient exposés à des risques qu'ils peuvent éviter eux-mêmes sur la base des connaissances prescrites à travers ses interventions. Or, il n'est pas évident que le risque zéro puisse exister. Lors des recherches, certains interlocuteurs avouent avoir pris des risques que cela soit en matière d'alimentation ou même de sexualité. Certaines femmes affirment avoir pris parfois des risques en acceptant d'accomplir leur devoir conjugal tout en sachant que la période n'était pas tout à fait favorable, lorsque leurs stratégies de « décourager » le désir sexuel de leurs conjoints se sont révélées infructueuses. Il apparaît des discours des interlocuteurs que leur quotidien est jalonné de risque qu'elles ne peuvent parfois éviter en ce qui concerne la gestion de la sexualité et reproduction au sein des couples. Si les acteurs prennent consciemment parfois certains risques dans leurs pratiques quotidiennes, cela ne veut-il pas dire que la promotion d'une maternité « sans risque », peut paraître utopique à leurs yeux ?

## ***2.2. Santé publique : un champ médical qui « impose » des règles à suivre !***

On ne peut parler de l'avènement de la santé publique sans évoquer l'influence que la médecine coloniale a eue sur son avènement. En effet, la santé publique actuelle doit son avènement autant aux pratiques des hygiénistes qu'aux médecins coloniaux. Imorou (2006), rappelle les propos de Bado (1996), qui montre l'impact que la suppression de l'indigénat a eu sur le comportement des indigènes qui ressentaient une certaine liberté provoquée par la crise de l'autorité des médecins coloniaux. Il montre aussi le sentiment que cette liberté avait provoqué chez les médecins coloniaux qui percevaient cette forme de liberté comme une atteinte à la santé publique. C'est dire que la posture actuelle des praticiens de la santé publique qui tendent à élaborer des normes et des règles « toutes faites » à travers les politiques et interventions sanitaires, sur les conduites à tenir par les populations pour une « santé parfaite », ou plus exactement, pour une santé sexuelle et reproductive « parfaite et sans risque », puise ses racines dans la médecine coloniale. En outre, un point de la littérature sur l'avènement de la santé publique nous situe en présence de deux

paradigmes qui ont gouverné la santé : le paradigme pasteurien et le paradigme systémique<sup>1</sup>. Ces deux paradigmes ont entraîné le cloisonnement du système sanitaire en deux parties distinctes : la partie clinique et la partie santé publique. La partie clinique est basée sur les soins de santé et l'espace de la santé publique est basé sur l'organisation du système de santé, la prévention et la promotion de la santé parfaite. C'est ce deuxième espace qui retient notre attention dans cette section du travail. On ne peut aborder une problématique sur la planification des naissances, qui est une composante de la santé de la reproduction sans faire un clin d'œil aux politiques élaborées dans ce sens. Or, la formulation de ces politiques se fait la plupart du temps par les praticiens de la santé publique. Ces politiques insistent sur la « santé parfaite » en matière de santé de la reproduction avec des formules toutes faites sur la façon dont les couples doivent gérer leur fécondité, en un mot leur vie sexuelle et reproductive, pour une maternité sans risque. On assiste donc à une proposition de gestion de la fécondité au sein des couples qui se basent sur une forte médicalisation sous l'inspiration des indicateurs universels et normatifs. En effet, l'idéologie de la santé publique met en exergue la notion de « santé parfaite », non seulement du point de vue individuel, mais collectif. Elle met au cœur de ses préoccupations la prévention et la promotion de la santé du grand groupe. Elle s'inscrit à la fois dans une perspective normative et dans « l'approche communautaire fondée sur une intervention de proximité » (Fassin, 2000, p.62). Ceci renvoie à une série de règles et de normes prescrites au grand nombre. En effet, « cette vision renvoie à une entreprise normative qui définit les comportements et les habitudes de vie, prescrits ou proscrits » (Imorou, 2006, p.378). Plusieurs autres auteurs ont tenté de définir le concept de la santé publique, en insistant moins sur son approche que sur sa définition. Selon (Dozon et Fassin, 2001, p.8), la santé publique peut être définie comme un « savoir et un savoir-faire », une « méthode et un état d'esprit ». La santé publique est donc vue comme une science élaborée par des spécialistes ayant une certaine façon de voir et d'appréhender la santé des populations. Elle est conçue comme une science appliquée, vouée à être mise en œuvre, destinée à servir au bien-être collectif. Elle est constamment gouvernée par des choix moraux faits sur la base des indicateurs universels et normatifs, visant le grand nombre, la masse. En effet, « [...] La prise en compte des déterminants de santé, aujourd'hui à partir de l'épidémiologie, par des approches qualifiées de "santé publique", pour améliorer l'état de santé des populations se situe, par définition, dans cette perspective normative » (Gruénais, 2001, p.1). Ce qui veut dire que le concept de santé publique est en lui-même structurellement chargé d'idéologies normatives qui proposent des procédés aux populations sur la façon dont elles doivent se comporter pour un bien-être sanitaire.

---

<sup>1</sup>Imorou (2006), en rappelant les propos Dujardin (2003), énonce que « c'est le paradigme pasteurien qui a donné naissance aux grands programmes de lutte contre les principales endémies infectieuses et parasitaires ».

Par ailleurs, la santé publique est confrontée à des cultures que les praticiens « taxent » de cultures « étrangères ». Donc, plus le fossé entre ces cultures et les normes médicales est grand, plus cette étrangeté est maximale. Or, les questions relatives à la santé publique notamment celles liées à la santé sexuelle et reproductive convoquent tout un univers cognitif, social et magico-religieux qui renseigne sur le contenu que les normes sociales, culturelles et religieuses impriment à la façon dont les populations doivent gérer leur fécondité. De plus, c'est en oubliant que la santé publique est, elle-même gouvernée par des logiques et codes culturels que les spécialistes de la santé publique « taxent » les acteurs des milieux dans lesquels ils interviennent d'acteurs culturellement « chargés ». Michel Foucault (1976) évoque « le déploiement en Europe, depuis le XIXe siècle, d'un biopouvoir, c'est-à-dire d'un ensemble de technologies de gouvernement qui visait « à discipliner les corps (anato-mo-politique) » et à « réguler les populations (biopolitique) ». Ce « biopouvoir » qui, au-delà d'une volonté de travailler à la réalisation du bien commun, conduit à une médicalisation et à une « normalisation » croissante de la vie individuelle et collective. Mais au-delà de l'hyper-médicalisation, on s'interroge sur cette « normalisation » croissante de la vie collective, où les politiques proposent des normes et des procédés tous faits sur la manière dont les acteurs doivent se soigner au quotidien, ou plus encore, comment ils doivent gérer leur fécondité.

Cette posture des praticiens de la santé publique qui consiste à élaborer des règles et des normes toutes faites sur les conduites des populations, sans tenir compte de leurs besoins en matière de bien-être sanitaire comporte les germes d'échec de la plupart des politiques de santé publique. De même, les méthodes et formules d'informations et de communication des praticiens à l'endroit des bénéficiaires des politiques, participent aussi des difficultés d'appropriation des interventions de la santé publique par les populations.

### ***2.3. La santé publique et les sciences sociales : quelle convergence ? Quels apports ?***

Il s'avère important de montrer au début de ce sous-titre que nous n'avons pas la prétention de postuler les sciences sociales comme des sciences possédant des « formules magiques » toutes faites qui leur confèrent une suprématie sur la santé publique. Il ne s'agit pas non plus de montrer que les sciences sociales détiennent des « procédés » capables de combler toutes les « faiblesses » de la santé publique. Il s'agit plutôt de montrer ici qu'en dépit du fait que la santé publique et les sciences sociales soient de nature « asymétrique », possédant des méthodologies et des approches différentes et totalement indépendantes, il peut exister une certaine « convergence », une certaine complémentarité entre les deux disciplines. Gruenais (1992), parle plutôt « d'une rencontre à venir » entre les deux disciplines. Le cas de

(Hubert et Sancho-Garnier, 1992)<sup>2</sup> est l'un des cas illustratifs de cette possible complémentarité. Cette section s'intéresse donc à une certaine convergence : l'apport réflexif des sciences sociales à la santé publique. C'est donc dans cette perspective que les réflexions sont menées ici. Toutefois, il ne s'agit pas non plus de « forcer » une relation consensuelle entre les sciences sociales et la santé publique, au point où les praticiens des sciences sociales perdraient leur « âme » au détriment des pratiques de santé publique, dans leur analyse des politiques de santé. L'autonomie de l'une ou de l'autre étant indispensable pour sa survie. En effet, « [...], les sciences sociales peuvent, sans faire de concessions sur la question décisive de leur autonomie, enrichir la santé publique de leur apport critique » (Fassin et Défossez, 1992, p.24).

Nombreux sont les auteurs qui ont travaillé sur les rapports possibles entre les sciences sociales et la santé publique, particulièrement ceux entre la socio-anthropologie et la santé publique. En effet, la complexité des rapports entre les sciences sociales et la santé publique peut s'expliquer dans une certaine mesure par les difficultés de disposer des définitions claires et précises de ces sciences pour lever la confusion autour de l'usage réel que les praticiens de la santé publique peuvent faire des sciences sociales, lors de la formulation et de la mise en œuvre des politiques de santé publique. Cette complexité réside aussi dans la confusion faite de leur utilité réelle dans la société. Les sciences sociales n'existent pas pour « régler » les problèmes de la société. Mais elles servent à identifier les problèmes et servent à orienter le décideur dans ses décisions. Elles existent pour éclairer les décisions dans la résolution des problèmes de la société.

Cependant, il y a souvent beaucoup d'enjeux autour de la formulation et de la mise en œuvre d'une politique de santé publique. Lorsque la mise en œuvre d'une intervention de développement, en particulier d'une intervention sanitaire rencontre une résistance de la part des bénéficiaires, les praticiens de la mise en œuvre de cette intervention se lancent dans des analyses culturelles classiques en évoquant une certaine barrière culturelle due aux pesanteurs socioculturelles. Comme si, une fois, cette « barrière » levée, on observerait une forte adhésion des acteurs. Mais, une fois l'expertise des sciences sociales, en particulier celle socio-anthropologique sollicitée pour comprendre la résistance observée, le socio-anthropologue ne peut que réfuter l'argument classique qui indiquerait une certaine « irrationalité » dans le comportement des populations du milieu d'intervention. L'apport du socio-anthropologue dans l'analyse des difficultés de mise en œuvre d'une intervention, n'est pas de s'inscrire dans des « à priori culturalistes rigides ». Les sciences sociales constituent des disciplines scientifiques qui consistent à éclairer le décideur, alors

---

<sup>2</sup>Annie Hubert et Hélène Sancho-Garnier (1992), ont montré que les données « superficielles » que les méthodes habituelles de l'épidémiologie nutritionnelle ont produites peuvent être approfondies par une approche anthropologique qualitative.

que la santé publique a pour objet les politiques et programmes sanitaires. Elles n'ont pas les mêmes approches dans leur manière d'aborder les faits de la société. Les sciences sociales perdraient leur « âme » si elles s'inscrivent dans la même posture que les praticiens de santé publique, lors de la formulation des politiques de santé publique, mais aussi quand elles sont sollicitées pour analyser les facteurs qui pourraient susciter des difficultés de mise en œuvre d'une intervention sanitaire. Fassin et Défossez (1992), plaident alors pour « [...] un échange critique, mais constructif, entre les deux disciplines afin de leur permettre une liaison moins dangereuse. (Fassin et Défossez, 1992, p.35). De plus, l'apport des sciences sociales à la santé publique, n'est pas sans intérêt en ce sens que les praticiens des sciences sociales, notamment des sciences socio-anthropologiques gagneraient de nouvelles perspectives de recherche.

D'autres auteurs à l'instar de Lavigne Delville, en s'intéressant à la contribution que la socio-anthropologie peut apporter de façon générale, aux praticiens du développement s'inscrit dans la même perspective en montrant que les praticiens du monde de développement sont soumis aux logiques institutionnelles et que leurs représentations sont animées par leurs cultures professionnelles et développementistes soutenues par « des clichés a-sociologiques » (Lavigne Delville, 2011, p.66). Dans ce cas, il est malaisé de penser que les recherches socio-anthropologiques et le langage socio-anthropologique leur sont facilement accessibles. Il faut donc une rupture épistémologique entre les deux modes de pensées et de conceptions en vue de créer un chaînon pour mettre à disposition des développeurs une expertise plus réflexive. Cette expertise peut être sollicitée en amont comme en aval de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques de développement comme par exemple lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques de santé publique. A cet effet, « elle consiste à mobiliser sur mandat, des savoirs acquis antérieurement ou produits pour l'occasion, pour éclairer un problème ou faciliter une décision » (Lavigne Delville, 2011, p.68). C'est dire donc que les travaux des sciences sociales, en particulier ceux des ethnologues et/ou socio-anthropologues doivent ainsi surtout aider les développeurs et/ou les praticiens de la santé publique à mieux comprendre les structures cognitives et sociales, des populations au sein desquelles ils tentent de mettre en œuvre des interventions ou cherchent à transférer de nouveaux modèles de penser, de savoir-faire et de savoir-être.

C'est dire donc que l'apport des sciences sociales et celui de la socio-anthropologie à la santé publique sont de plus en plus incontestables. La socio-anthropologie, à partir de son mode de production de connaissances et de raisonnement, vient en appui aux acteurs de la santé publique et aux décideurs pour leur apporter un éclairage. En effet, « l'apport des sciences sociales à la santé publique, c'est une méthode

d'observation et d'analyse des faits, c'est un regard critique sur les sociétés et leurs institutions, c'est plus de connaissance pour décider d'une action » (Fassin, 1989, p.122). Cette contribution des sciences sociales, notamment, celle de la socio-anthropologie est de plus en plus réflexive et s'inscrit dans une posture critique, mais moins méfiante vis-à-vis des praticiens de la santé publique. Les sciences sociales dans leur contribution à la santé publique peuvent ouvrir d'autres pistes de réflexions et aller au-delà de l'asservissement des citoyens aux normes et règles qu'imposent la santé publique dans leur posture de « normalisation » de la santé pour des réflexions sur les « retombées positives » qu'engendrent les pratiques des praticiens de la santé publique dans le vécu des citoyens. Elles peuvent ouvrir leurs réflexions de plus en plus sur les logiques des praticiens, les dispositifs institutionnels et les politiques d'interventions ; de même que leurs stratégies d'action et les enjeux autour. Cette implication de la science socio-anthropologique apparaît comme le levier d'une conciliation entre les convenances sociales et les normes médicales en matière de politiques de planification des naissances. Ceci pourrait faciliter l'appropriation des interventions de la santé publique par les acteurs.

### **Conclusion**

La présente recherche, réfute l'analyse du phénomène sous l'angle de l'opposition classique entre tradition et modernité ; car, ce serait un peu comme « effleurer » la question, sans l'aborder en profondeur et sans prendre en compte d'autres considérations. Il faut dire que les politiques de santé publique apparaissent souvent comme des canaux « producteurs de normes », sur la façon dont les acteurs doivent gérer leur santé de façon globale, pour une santé « parfaite » et sur la façon dont ils doivent gérer leur santé sexuelle et reproductive de façon spécifique. A cet effet, il est important de souligner que le Bénin n'est pas le seul pays qui connaît des difficultés dans la mise en œuvre des politiques de planification familiale, au sein de certaines localités. L'échec des politiques de planification familiale a été effectif dans nombre de pays comme l'Inde et l'Amérique Latine, par exemple. Ceci a été abondamment abordé, dans de divers travaux sur la santé de la reproduction, par de nombreux auteurs tels que Gautier (2000), Guillaume et Bonnet (2004) etc. Cette situation induit une série de questionnements à savoir : 1, sur quelle base fondamentale, les politiques de la gestion de la fécondité, notamment celles de la planification familiale en direction des pays sont-elles élaborées ? 2, lors de la conceptualisation des politiques de la planification familiale, est-ce qu'il y a une harmonisation des indicateurs universels et ceux spécifiques à chaque pays avant la validation de ces politiques ? 3, les acteurs politiques prennent-ils le temps d'identifier ce qui est exprimé en termes de besoins au niveau des acteurs à la base (au niveau de chaque pays) avant la conceptualisation de ces politiques ? 4, les problématiques liées à la santé de la reproduction et à la planification familiale



doivent-elles être « réglées » exclusivement à coup de normes biomédicales et juridiques ?

Une conciliation entre les normes médicales qui gouvernent les politiques de santé publique et les normes sociales qui orientent les pratiques sociales autour de la gestion de la fécondité, à travers l'apport de la science socioanthropologique, apparaît donc nécessaire. En effet, le présent travail propose une « sollicitation » de l'apport des sciences sociales, notamment, l'apport de la socio-anthropologie, lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques de santé publique en général et celles portant sur la planification familiale, en particulier. Cet apport peut être sollicité non seulement en amont et en aval, mais aussi de façon prospective pour faire des projections dans le futur en ce qui concerne la prise en compte de certains indicateurs sociaux par les décideurs.

### Références bibliographiques

BONNET Doris, GUILLAUME Agnès, 2004, La santé de la reproduction : une émergence des droits individuels in *La santé de la reproduction au temps du sida*, Paris, collection CEPED, édition Rencontres, p.11-32.

DOZON J-P., FASSIN Didier, 2001, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, éditions Balland, collections voix et regards, 362p.

FASSIN Didier, DEFOSSEZ A-C., 1992, Une liaison dangereuse. Sciences sociales et santé publique dans les programmes de réduction de la mortalité maternelle en Equateur, in *Anthropologies et santé publique*, Paris, Editions de l'ORSTOM, Cahier des Sciences Humaines, vol. 28 (1), p.23-36.

FASSIN Didier, 1994, Anthropologie et la santé publique, in *Anthropologie, santé, maladie : autour d'études de cas*, p.1-17.

FASSIN Didier, 2000, Comment faire de la santé publique avec des mots. Une rhétorique à l'œuvre, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Université paris 13, Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, Vol.7, n°1, p.58-78.

FOUCAULT Michel, 1976, *La Volonté de savoir*, Gallimard, coll. Bibliothèque des Histoires, Paris, 178p.

GAUTIER, Arlette, 2000, « Politiques démographiques et liberté reproductive » in *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*, Paris, colloques et séminaires, IRD, p.71-90.

GRUÉNAIS, Marc-Eric. 1992, Une rencontre à venir in *Anthropologies et santé publique*, Paris, Editions de l'ORSTOM, Cahier des Sciences Humaines, vol. 28, numéro 1, p.3-12.

GRUENAI, Marc-Eric. 2001, texte commenté à partir de « *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique* ». Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin (Dir.), in *bulletin de l'APAD*, N°21, p.1-03

HUBERT, Annie & SANCHO-GARNIER, Hélène 1992, Anthropologie et épidémiologie nutritionnelle in *Anthropologies et santé publique*, Paris, Editions de l'ORSTOM, Cahier des Sciences Humaines, vol. 28, numéro 1, p.57-65.

IMOROU, Abou-Bakari. 2006, Cliniciens versus santé publique : une analyse socioanthropologique de la mise en œuvre d'une réforme sanitaire au Bénin, Marseille, thèse de doctorat, tome 2, Ecoles des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 510p.

LAVIGNE DELVILLE, Philippe. 2011, *Vers une socio-anthropologie des interventions de développement comme action publique*. Mémoire pour l'Habilitation à Diriger des Recherches, CREA Université Lyon II, 242p.

MASSE, Raymond. 2007a, Le risque en santé publique : pistes pour un élargissement de la théorie sociale, in *Sociologie et sociétés*, 39(1), les Presses de l'Université de Montréal, ISSN 0038-030X, p.13-27.

REPUBLIQUE DU BENIN, 2003, *Loi n°2003-04 du 03 Mars 2003, relative à la santé sexuelle et à la reproduction*, Cotonou, 19p.

REPUBLIQUE DU BENIN 1996, Déclaration de Politique de Population, Cotonou,

REPUBLIQUE DU BENIN (2013-2025), Politique Nationale de Population

REPUBLIQUE DU BENIN (2011-2015), Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRP 2011-2015), Cotonou, 203p.