

ÉCOLE DOCTORALE SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES - PERSPECTIVES EUROPÉENNES

Sociétés, Acteurs et Gouvernement en Europe (SAGE) UMR 7363

THÈSE présentée par : **Taofick Raoul FOUSSENI**

soutenue le : **01 décembre 2016**

pour obtenir le grade de : **Docteur de l'université de Strasbourg**

Discipline/ Spécialité : Sociologie

Les inégalités écologiques à l'aune du choléra : étude dans la ville de Cotonou au Bénin

THÈSE dirigée par :

M. HAMMANN Philippe

Professeur de Sociologie, université de Strasbourg

M. PIERMAY Jean-Luc
Strasbourg

Professeur émérite de Géographie, université de

RAPPORTEURS :

M. FALL Abdou Salam
de Dakar (Sénégal)

Professeur de Sociologie, Université Cheikh Anta Diop

M. STÉBE Jean-Marc
Nancy)

Professeur de Sociologie, Université de Lorraine (Pôle

AUTRES MEMBRES DU JURY :

Mme BOURDEAU-LEPAGE Lise
Lyon 3

Professeure de Géographie, Université Jean Moulin –

Mme STOESSEL Josiane
(Mulhouse)

Professeure de Sociologie, Université de Haute-Alsace

DÉDICACES

A mon épouse Alakè Samantha BIAO ONIANDON et mes enfants Prince Jean-Claude FOUSSENI et Oswald Olouwatobi FOUSSENI, pour leur patience et leur compréhension durant mes années de recherche.

A mon feu père Athanase Coissi FOUSSENI et ma feu grand-mère Lamatou CHACRAN, pour avoir conduit mes premiers pas vers l'école dans un village africain.

REMERCIEMENTS

A l'issue de cette thèse, je tiens à remercier un certain nombre de personnes qui ont participé de près ou de loin, d'une manière ou d'une autre, à la réalisation de mes travaux.

Qu'il me soit d'abord permis d'avoir une pensée pour feu François STEUDLER, précédemment professeur de sociologie à l'université de Strasbourg, qui a conduit mes premiers pas dans la recherche doctorale, et qui est décédé alors que j'étais sur le terrain.

Mes premiers remerciements vont à l'endroit des professeurs Philippe HAMMAN et Jean-Luc PIERMAY de l'université de Strasbourg, qui m'ont encadré et conseillé pendant la réalisation de cette thèse. C'est grâce à leur disponibilité, leurs observations et leur encouragement que j'ai pu conduire ces travaux à terme. Qu'ils en soient vraiment remerciés. Je voudrais aussi témoigner ma gratitude au Docteur Pascal Handschumacher pour ses conseils tout au long de cette thèse. Je n'oublie pas, non plus, madame Béatrice Bader, responsable de la bibliothèque de Géographie, pour ses appuis dans mes recherches documentaires.

Je remercie également toute ma famille, ma mère Augustine BIAO AININ, mes frères et sœurs, etc. pour leur soutien. Je n'oublie pas mes amis de Strasbourg, Paul NOUDJÈNOUMÈ, Rodrigue AFFOIGNON, Nazaire ADJIBI, Patrick HOUÉTOHOSSOU, Graziéla MOUKALA-FLORES, Adiaratou FALL, et bien d'autres encore, pour les bons moments que nous avons passés ensemble.

Enfin, ma grande reconnaissance va à l'endroit de madame Marcelline HEUGUE, celle que j'appelle affectueusement mamie pour m'avoir offert, avec ses enfants Philippe et Stéphane, une seconde famille à Lingolsheim, loin de chez moi. Ce travail est aussi le leur.

SOMMAIRE

DÉDICACE.....	2
REMERCIEMENTS.....	3
SOMMAIRE.....	7
INTRODUCTION GENERALE	10
L'effet des conditions socio-économiques sur la prise de conscience face aux risques sanitaires d'origine environnementale : un angle mort des recherches en santé environnementale	10
PREMIÈRE PARTIE	36
Etudier les inégalités écologiques par le choléra : quelle pertinence ?... ..	36
Chapitre 1 : Prédominance de maladies infectieuses et parasitaires dans les pays africains sur fond de pauvreté et d'urbanisation.....	38
1.1 La place différentielle des maladies infectieuses entre pays industrialisés et en développement.....	40
1.2 Facteurs socio-économiques, politiques et culturels des maladies infectieuses et parasitaires en Afrique subsaharienne.....	51
1.3 L'urbanisation en Afrique subsaharienne et le développement des pathologies infectieuses et parasitaires	65
Chapitre 2 : Les conditions socio-économiques et politiques du développement du choléra : l'Afrique subsaharienne au regard de pays industrialisés	71
2.1 De l'origine asiatique du choléra aux pandémies globales	73
2.2 Le choléra au XIX^e siècle dans les pays industrialisés : entre conflits armés et précarité de conditions socio-sanitaires.....	78
2.3 Similitudes entre les conditions socio-économiques et politiques favorables au choléra dans les pays industrialisés et en Afrique subsaharienne	88
2.4 Les inégalités face à la maîtrise du choléra entre pays industrialisés et d'Afrique subsaharienne	104
Chapitre 3 : Un croisement de méthodes pour étudier les inégalités socio-spatiales face aux risques sanitaires environnementaux à Cotonou	114
3.1 Les inégalités socio-spatiales de santé dans l'espace urbain : une approche interdisciplinaire.....	115
3.2 Une pluralité de sources complémentaires pour l'établissement du corpus d'étude.....	130
DEUXIEME PARTIE.....	152
Effets combinés du milieu et des conditions socio-économiques sur les inégalités écologiques.....	152
Chapitre 4: L'hypothèse du lien entre conditions socio-économiques et inégalités écologiques.....	154
4.1 L'ancrage du choléra dans les départements méridionaux du Bénin.....	155

4.2 Cotonou : d'une ville lacustre à un espace vulnérable au choléra.....	173
4.3 Préoccupations environnementales mineures chez les groupes sociaux défavorisés.. ...	181
Chapitre 5 : Des choix d'occupation de l'espace urbain porteurs d'inégalités écologiques à Cotonou	190
5.1 Conditions socio-économiques et inégalités écologiques à Cotonou.....	191
5.2 Occupation spatiale et exposition différenciée aux nuisances environnementales dans la ville de Cotonou.....	204
5.3 Un milieu physique favorable à l'exposition aux nuisances environnementales.....	223
Chapitre 6 : Rapports aux déchets et production locale de nuisances environnementales dans les quartiers défavorisés de Cotonou	231
6.1 Mode de gestion des déchets et incidence du choléra dans les quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan.....	232
6.2 De la contamination du choléra dans des lieux insalubres à sa propagation par contacts interhumains	265
6.3 Pratiques alimentaires et transmission indirecte du choléra.....	270
TROISIEME PARTIE.....	280
Inégalités écologiques et politiques publiques : un jeu d'interactions	280
Chapitre 7 : Le choléra comme symbole de la difficile mise en œuvre d'une politique de santé environnementale au Bénin.....	282
7.1 D'une politique de « santé et environnement » proclamée aux contraintes de sa mise en œuvre.....	283
7.2 Les carences dans les services publics dans les quartiers défavorisés de Cotonou.	290
7.3 Les acteurs privés et informels de distribution de services sanitaires.....	305
7.4 Le choléra comme conséquence des carences politiques au Bénin.....	315
Chapitre 8 : L'occultation des conditions socio-économiques de production des risques sanitaires environnementaux dans les politiques de santé publique : un néo-hygiénisme tronqué ?.....	318
8.1 De l'hygiénisme dans la ville délétère au « néo-hygiénisme » dans la ville durable.....	321
8.2 La responsabilisation individuelle au risque cholérique par les campagnes de communication au Bénin	324
8.3 Les effets limités des campagnes de communication pour la prévention du choléra.....	337
8.4 Les ressorts socio-économiques des comportements individuels à risque cholérique.....	348
Chapitre 9 : La gouvernance environnementale à Cotonou au risque du contexte socio-politique local : exemple des projets de gestion des déchets et d'aménagement des berges lagunaires.....	357
9.1 La gouvernance de l'environnement urbain à Cotonou : du global au local.....	359

9.2 La gouvernance urbaine à Cotonou : la difficile incarnation locale d’une injonction internationale.....	373
9.3 Le choléra comme conséquence de la place mineure accordée aux préoccupations sanitaires dans la gestion urbaine.....	406
CONCLUSION GENERALE.....	413
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	423
SIGLES ET ABREVIATIONS	442
ANNEXES.....	446
LISTE DES CARTES.....	461
LISTE DES GRAPHIQUES	462
LISTE DES TABLEAUX	463
LISTE DES PHOTOGRAPHIES.....	465
SOURCES DE DONNÉES SECONDAIRES	466
TABLE DES MATIERES	473
RÉSUMÉ.....	478
ABSTRACT	478

INTRODUCTION GENERALE

L'effet des conditions socio-économiques sur la prise de conscience face aux risques sanitaires d'origine environnementale : un angle mort des recherches en santé environnementale

Alors que la mondialisation favorise la prise de conscience de l'enjeu environnemental dans les villes, notamment avec la médiatisation du réchauffement climatique et les grandes rencontres internationales, de Stockholm (1972), Rio de Janeiro (1992) et Johannesburg (2002) sur le développement durable, la faible prise en compte des problèmes environnementaux est flagrante dans les pays africains, comme le montre l'exemple de la Tanzanie (Roy, 2007). L'opinion publique et les citoyens accordent très peu d'attention à cette question alors que les villes africaines sont confrontées à des risques sanitaires d'origine environnementale (PNUE, 2013). Dans le même temps, se développe dans les pays industrialisés un champ de la « santé environnementale » animé par des acteurs associatifs, des citoyens, le secteur privé, les scientifiques, les pouvoirs publics, etc., dont le but est de réduire les risques sanitaires d'origine environnementale (Charles, 2016). On se propose ainsi de s'interroger sur la difficile émergence d'un champ de santé environnementale en Afrique subsaharienne en général et au Bénin, à travers l'exemple de la ville de Cotonou, en particulier. L'analyse de la notion de santé environnementale par l'approche en termes de champ permettra de mettre en exergue l'effet des conditions socio-économiques sur la faible mobilisation des citoyens autour des risques environnementaux.

Un champ est un univers social constitué d'agents occupant des positions spécifiques en fonction du volume et de la structure du capital dont ils disposent. « *En termes analytiques, un champ peut 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, homologation, etc.)...* ». (Bourdieu, Wacquant, 1972, p. 72). Patrice Bonnewitz (2002, pp. 53-55) distingue cinq propriétés du champ. D'abord, tout champ est un microcosme dans le macrocosme que constitue l'espace social. Chaque champ a des règles et

des enjeux propres qui le différencient des autres champs. Tout champ a une autonomie relative car les positionnements des agents sont le résultat de luttes internes. Pour autant, il n'existe pas de frontières délimitées entre les différents champs, et ceux-ci sont articulés entre eux. De plus, il existe une homologie entre la structure sociale et les champs sociaux, car la position des individus dans un champ est dépendante de leur position dans l'espace social. L'approche sociologique du champ de la santé environnementale consiste donc à mettre en exergue les actions de mobilisation, les controverses, les pratiques autour de risques sanitaires d'origine environnementale animées par divers acteurs, qu'il s'agisse d'associations, d'institutions publiques, de populations, etc. Cette approche permet de relever les positions occupées par chacun des acteurs dans la production, la prévention et la gestion des risques environnementaux, en fonction des différents capitaux (économiques, sociaux, culturels, etc.) dont ils disposent.

Cette introduction générale est organisée en quatre temps. D'abord, nous mettons en exergue la difficile émergence d'un champ de santé environnementale dans les pays africains. Il s'agit de relever, en partant de l'analyse du processus de développement de ce champ à l'échelle planétaire et dans les pays industrialisés en particulier, que cet état de fait trouve en partie son explication dans la complexité du lien entre santé et environnement. Ensuite, nous montrons la place des conditions socio-économiques dans les déterminants de risques sanitaires d'origine environnementale. Ces conditions jouent un double rôle en ce sens que d'une part, elles contribuent à la production des risques sanitaires environnementaux et, d'autre part, elles limitent les effets des politiques publiques dans le domaine de l'environnement. Par ailleurs, nous mettons en avant en quoi le choléra peut révéler les inégalités écologiques à Cotonou. Notre introduction générale se termine par l'évocation de l'approche méthodologique adoptée et de l'organisation de cette thèse.

Du lien entre environnement et santé à la santé environnementale

Dans son *Traité Des airs, des eaux et des lieux*, Hippocrate reconnaissait déjà au IV^e siècle avant notre ère l'importance de prendre en compte les facteurs environnementaux dans le diagnostic des maladies. « *Le médecin qui fait honneur à sa profession est celui qui tient compte, comme il convient, des saisons de l'année et des maladies qu'elles provoquent ; des états du vent propres à chaque région et de la qualité de ses eaux ; qui observe soigneusement la ville et ses environnements pour voir si l'altitude est faible ou importante, si le climat est chaud ou froid, sec ou humide ; qui, en outre, note le genre de vie et, en*

particulier, les habitudes alimentaires des gens... », écrivait-il. Selon lui, les facteurs externes à l'individu tels que les saisons, les vents, les qualités des eaux, la situation géographique des villes, le régime alimentaire, etc., peuvent affecter sa santé.

Si ce traité remonte à une période très ancienne, les dégâts causés sur l'environnement et le milieu naturel par les grandes catastrophes écologiques¹, avec leurs conséquences sanitaires considérables, contribuent à aiguïser depuis les années 1970 une prise de conscience planétaire sur la question environnementale (Lévy, 2012, p. 247 ; Forbat, 2014). Cette prise de conscience s'est en particulier traduite par la mise à l'agenda international de la question environnementale par la conférence des Nations Unies sur l'environnement humain tenue à Stockholm en 1972. Elle est aussi à l'origine des notions de santé environnementale et d'écosanté, qu'il convient de clarifier.

La formulation du concept de santé environnementale est structurée par le rapprochement opéré par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) entre santé et bien-être (Scarwell *et al.*, 2013). En effet, l'OMS (1946) définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette définition valorise une approche systémique, en favorisant, d'une part, la prise en compte de facteurs non biomédicaux dans la définition de l'état de santé. Elle accorde, d'autre part, une importance à la notion de bien-être, faisant ainsi basculer la santé d'une approche strictement biomédicale, concevant la maladie comme résultat d'un dysfonctionnement organique² que peut révéler un diagnostic et auquel le médecin propose un traitement bien défini, à une approche faisant une place à la perception qu'ont les individus de leur situation en termes de problèmes de santé (Forbat, 2014).

Cette approche systémique de la santé et de la maladie, mettant en avant le rôle des facteurs non biomédicaux et la nécessité d'une interdisciplinarité et d'une intersectorialité des politiques de santé publique est confirmée par l'OMS (1978) à la conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaire. La déclaration officielle de cette conférence recommande la mise

¹ On peut citer par exemple le naufrage du Torrey Canyon en 1967 aux larges des côtes britanniques. D'autres catastrophes telles que l'accident chimique de Seveso en Italie en 1976, le naufrage de l'Amoco Cadiz en 1978, l'explosion chimique à Bhopal en Inde en 1984, la catastrophe nucléaire de Tchernobyl en 1986, etc. (Lévy, 2012, p. 247), viendront attiser davantage l'attention de la communauté internationale après la conférence de Stockholm, et contribueront à la formulation de la notion de développement durable définie pour la première fois dans un rapport officiel de la Commission mondiale sur l'environnement et le développement (rapport Brundtland) publié en 1987.

² Les termes anglais « *disease* » et « *illness* », expriment plus précisément cette distinction entre la conception biomédicale, définissant la maladie de façon objective et mesurable pour le premier, et une approche subjective de la santé pour le second.

en place de politiques intersectorielles de santé et l'implication de tous les acteurs, même non spécialistes, susceptibles d'influencer la santé d'une population, tout en reconnaissant le droit aux individus de participer à l'élaboration des politiques qui concernent leur santé.

Dans cette perspective, le Bureau régional Europe de l'OMS (1990) définit la santé environnementale comme traitant « *des aspects de la santé humaine, y compris la qualité de vie, qui sont déterminés par des facteurs environnementaux physiques, chimiques, biologiques, sociaux et psychosociaux. Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures* ». Au-delà d'un diagnostic des effets de l'environnement sur la santé, la notion de santé environnementale ouvre un champ d'action collective, reposant sur une démarche opératoire pour prévenir les risques sanitaires d'origine environnementale et valoriser les éléments de l'environnement favorables à la santé (Charles, 2016, p. 221).

Cependant, la mise en œuvre de cette approche de la santé environnementale proposée par l'OMS s'est heurtée, notamment dans les pays développés, à des résistances liées à la conception biomédicale de la maladie et de la santé, la santé environnementale apparaissant comme une dimension du développement durable (Forbat, 2014). Le développement durable est classiquement défini comme « *un mode de développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs* » (Commission mondiale sur l'environnement et le développement, 1987). Aux dimensions économique, environnementale et sociale du développement durable pourrait s'ajouter une dimension sanitaire, que traduirait la notion de santé environnementale. Ainsi, les tentatives d'utilisation du concept de santé environnementale pour compléter le contenu du développement durable en termes sanitaires se sont traduites par l'identification de celui-ci au traitement de pathologies liées à l'environnement naturel. Cette assimilation de l'environnement à la nature apparaît dans le premier Principe de la Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement, à l'issue de la Conférence des Nations Unies tenue à Rio de Janeiro en 1992. Ce principe stipule que « *Les êtres humains sont au centre des préoccupations relatives au développement durable. Ils ont droit à une vie saine et productive en harmonie avec la nature* » (ONU, 1992b). La nature désigne « *le monde physique et biologique et l'ensemble de ses composants dans leur dimension générique, originelle et native* » (Charles, 2016, p. 215). La santé environnementale est ici considérée comme une branche de la médecine dédiée aux maladies causées par l'environnement naturel (Forbat,

2014). C'est ce qui explique en partie que la problématique du lien entre santé et environnement a fait l'objet d'investigations dans les domaines de la toxicologie et de l'épidémiologie au plan international, avec un accent particulier des acteurs institutionnels, pour le développement d'une médecine performante (Scarwell *et al.*, 2013).

C'est le cas de la France où le champ de la santé environnementale a connu une émergence tardive, comme le montrent Helga-Jane Scarwell *et al.* (2013) dans l'introduction du volume 4 de la revue *Développement durable et territoires* consacrée à cette thématique. Même si des citoyens, des acteurs associatifs et institutionnels y animent aujourd'hui un champ de santé environnementale (Charles, 2016), le développement de ce dernier a été marqué par une intégration lente et difficile, dans les consciences collectives et auprès d'acteurs institutionnels, de préoccupations sanitaires liées à l'environnement, ainsi que l'attention au risque et la prise des mesures de protection, alors qu'émergent de nouvelles pathologies liées à l'environnement socio-technique. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce développement tardif du champ de la santé environnementale en France. D'abord, il est lié à l'émergence tardive de la notion même d'environnement dans les années 1960, notion associée à l'origine à la nature. Cela se traduit d'ailleurs par l'hésitation sémantique entre « santé-environnement » et « santé environnementale », cette dernière notion étant assimilée à la santé publique (Scarwell *et al.*, 2013). Ensuite, ce champ échappe à l'intentionnalité humaine dans la confrontation à l'incertain ou à l'aléa³. Enfin, cette tardive émergence de la santé environnementale en France tient à la nature du modèle biomédical de la médecine française moins orientée vers la santé publique, et où s'affirme « *la prééminence du clinique* » (Charles, 2016, p. 219).

Malgré l'émergence tardive du champ de la santé environnementale, des travaux de sociologues dans ce domaine se sont intéressés à divers sujets tels que la perception des risques environnementaux par le public, les impacts sociaux des projets ou de politiques environnementales, la question de la justice environnementale liée à la distribution spatiale des risques environnementaux et l'origine socio-culturelle et économique des groupes sociaux, les organisations liées aux nouveaux risques socio-techniques, etc. (André *et al.*, 2003, p. 255). Les différents travaux montrent comment les acteurs associatifs et les populations constituent la cheville ouvrière des mobilisations autour des risques sanitaires d'origine environnementale, que ces derniers soient perçus ou avérés. Ces mobilisations témoignent d'une « prise à distance » de formes de surveillance, d'évaluation, des dispositifs

³ L'aléa est la probabilité d'un événement qui peut affecter un système naturel ou technologique (Gilbert, 2009).

de concertation et des projets techniques mis en avant par les acteurs institutionnels (Hajek, 2013). La plupart des pathologies qui mobilisent proviennent de nuisances causées par des équipements socio-techniques installés par des acteurs institutionnels, et sont mises à jour par une « *opinion publique vigilante et critique* » (Beck, 2001, p. 37). Le déferlement des technologies fait donc l'objet de controverses publiques, en rapport entre autres avec l'impact des particules en matière de qualité de l'air, le rôle du diesel, l'usage des pesticides, la téléphonie mobile, les antennes relais, les nanotechnologies, les organismes génétiquement modifiés (OGM), les perturbateurs endocriniens, etc. (Scarwell *et al.*, 2013).

Caroline Deblander et Nathalie Schiffino (2013) montrent comment les acteurs associatifs et les citoyens belges, mettant en avant les impacts paysager et sanitaire des ondes électromagnétiques liés aux antennes-relais des opérateurs de téléphonie mobile, ont contribué à leur mise à l'agenda public. En effet, le manque de coordination dans l'implantation des antennes relais et l'absence de cadre d'informations au profit des citoyens ont été à l'origine d'une mobilisation des acteurs associatifs et des habitants de quartiers concernés pour questionner les effets de ces dispositifs techniques sur le paysage et la santé. Cette mobilisation s'est exprimée dans une controverse avec la coalition des opérateurs de téléphonie mobile, les élus et le gouvernement fédéral, et a abouti à une normalisation inédite du secteur des ondes électromagnétiques en Belgique en 2001.

En France, Isabelle Hajek (2013) analyse un processus similaire de contestation de dispositifs socio-techniques portée par des collectifs d'associations, qui se cristallise autour des effets sur la santé de l'usine d'incinération des ordures ménagères de la Communauté urbaine Marseille Provence métropole, située sur la zone industrielle et portuaire de Fos-sur-Mer. L'engagement local de ces collectifs, qui contraste avec les mobilisations traditionnelles d'organisations écologiques au plan national, et même avec le principe du phénomène « Nimby⁴ », peut s'expliquer par trois éléments de contexte. Selon l'auteure, il s'agit de l'opacité qui a entouré ce projet, de la disponibilité d'un cadre d'interprétation rendu possible par des membres de collectifs ayant participé à des luttes antérieures sur des questions environnementales, et enfin d'une expérience persistante et inexplicée de la maladie dans la région.

Si la mobilisation sociale contre des équipements socio-techniques se cristallise autour des risques sanitaires, elle peut constituer aussi un socle pour la revendication d'une justice

⁴ Not in my backyard. Cette expression peut être traduite en français par « pas dans mon jardin ». Elle renvoie aux contestations par des habitants de l'implantation d'équipements pouvant produire des nuisances à proximité des habitations.

environnementale. Le mouvement de la justice environnementale est né aux États-Unis dans les années 1980 sous l'impulsion d'associations de défense des droits civiques, appuyées par des militants écologistes (Bullard, 2000 ; Chaumel, La Branche, 2008). Il a pour objectif de mettre en exergue l'aspect cumulatif des inégalités écologiques et sociales, en dénonçant l'injustice environnementale dont sont victimes les minorités raciales dans les villes des États-Unis, en ce sens que, à l'inégalité associée à l'origine ethnique et au statut social, vient s'ajouter l'exposition accrue aux risques environnementaux (Charles *et al.*, 2007). Cette injustice environnementale est donc à l'origine de mobilisations visant à réduire les risques environnementaux auxquels sont exposés les groupes sociaux et/ou ethniques les plus défavorisés.

C'est ce que montre Flaminia Paddeu (2013) dans un quartier défavorisé du Bronx à New York, où l'asthme infantile est mobilisé comme un catalyseur de la lutte pour la justice environnementale portée par certaines organisations communautaires. En effet, l'asthme infantile est devenu un enjeu de santé environnementale du fait de la reconnaissance de ses facteurs environnementaux comme la pollution atmosphérique. Mais, il reste lié aussi à des facteurs structurels de l'organisation sociale, c'est-à-dire les conditions socio-économiques. Car les enfants qui habitent et vont à l'école dans des quartiers défavorisés auraient plus de 70% de risque d'avoir de l'asthme, les enfants noirs auraient quatre fois plus de risque de mourir de l'asthme et trois fois plus de risque d'être hospitalisés que les enfants blancs. Prenant en compte le fait que la majorité des habitants des quartiers défavorisés de New York sont issus de minorités afro-américaines et hispaniques, la pauvreté et le lieu de résidence (facteurs socio-économiques et environnementaux) peuvent expliquer les taux de prévalence de l'asthme, comme le montre l'étude localisée dans le quartier Hunt Points. Ce quartier, abritant les populations les plus défavorisées, concentre aussi des infrastructures polluantes telles que les industries de traitement de déchets, une usine de fertilisants, le marché de gros, les transports, etc. S'appuyant sur divers travaux scientifiques ayant révélé le lien entre prévalence de l'asthme, hospitalisation et proximité d'un site polluant, des activistes, reposant sur un réseau d'acteurs engagés pour l'amélioration de la qualité de vie dans le quartier, se sont mobilisés dans la lutte pour la justice environnementale. Ils ont réussi à obtenir la mise en place d'un programme de réduction des nuisances environnementales, comme, entre autres, la modernisation des véhicules poids lourds qui traversent le quartier.

Il apparaît, au travers de ces travaux, que les préoccupations des citoyens et des acteurs associatifs liées aux risques sanitaires environnementaux sont à l'origine de mobilisations

collectives pour attirer l'attention des pouvoirs publics, afin que ceux-ci mettent en place des actions visant à réduire les nuisances environnementales. Ainsi s'anime un champ de santé environnementale dans lequel les controverses favorisent l'éclosion de mécanismes publics de protection de l'environnement, en réduisant ses effets négatifs sur la santé humaine et en promouvant des aspects favorables au bien-être. L'OMS⁵ et le Programme des Nations unies pour l'environnement (PNUE)⁶ ont reconnu les bienfaits des écosystèmes aussi bien pour la santé physique que mentale (Balez, Reunkrilerk, 2013). Par exemple, la présence d'arbres en ville favorise une meilleure qualité de l'air au niveau local en réduisant la concentration de particules fines par filtration, ainsi que d'autres polluants issus du trafic urbain. Or, ces différents polluants sont responsables de l'asthme chez les enfants (Paddeu, 2013). En ce qui concerne la santé mentale, une évaluation nationale réalisée en Grande-Bretagne montre que les écosystèmes urbains jouent un rôle de catalyseurs d'un style de vie sain (Balez, Reunkrilerk, 2013). Ainsi, les individus ayant accès à des espaces verts augmentent leur pratique du sport et leurs possibilités de socialisation, favorisant ainsi une meilleure résistance au stress.

Complexité du lien entre environnement et santé et difficile émergence d'un champ de santé environnementale en Afrique

Contrairement à la dynamique de préoccupations pour les questions de santé environnementale dans les pays industrialisés, on observe une difficile émergence d'un champ de santé environnementale dans les pays en voie de développement, dont les contraintes organisationnelles et matérielles empêchent la mise en place de moyens de protection élémentaire des populations face à la mauvaise qualité des eaux et de l'air, par exemple (Scarwell *et al.*, 2013), alors que la plupart des maladies qui s'y développent sont liées à l'environnement. Les rapports sur la santé dans le monde montrent que le continent africain est marqué par la prépondérance de maladies infectieuses et parasitaires liées à la dégradation de l'environnement. Selon l'OMS, l'Afrique totalise 84% des cas de paludisme au monde en 2011. La lèpre, la peste, le choléra, etc., y sévissent encore de façon récurrente. La fièvre hémorragique Ebola a connu, plus récemment, durant l'été 2014, une flambée épidémique en Afrique de l'Ouest, notamment au Libéria, en Guinée et en Sierra Leone, et a fait plus de

⁵ www.who.int/globalchange/ecosystems/biodiversity/en/index.html.

⁶ <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001897/189744e.pdf>.

6000 morts⁷. Le troisième rapport intitulé *Avenir de l'environnement en Afrique (AEO-3)* du PNUE, paru en 2013, relève que les risques sanitaires d'origine environnementale en Afrique sont liés en particulier à la pollution de l'air, aux produits chimiques et au déficit d'assainissement et d'eau potable. La diarrhée, les infections respiratoires et le paludisme représentent 60% des pathologies d'origine environnementale. Sur le continent africain, les milieux urbains sont plus sensibles à ce type de pathologies, et constituent le cadre d'émergence et de développement des poussées épidémiques (Davis, 2006). On peut alors se demander pourquoi les populations des pays en voie de développement ne se préoccupent pas tant des questions environnementales, alors qu'elles sont fréquemment touchées par des pathologies liées à l'environnement.

Cette interrogation nous place au cœur de la complexité des liens entre santé humaine et environnement, ces liens pouvant être modulés par d'autres facteurs. C'est ce que montre l'approche écosystémique ou écosanté qui se développe de plus en plus, avec l'appui financier entre autres du Centre de recherches pour le développement international (CRDI), et qui mobilise chercheurs, populations locales, organismes gouvernementaux, etc. Il s'agit d'une approche de recherche-action qui s'intéresse aux interactions complexes entre la santé des individus et les facteurs sociaux, écologiques, économiques et politiques (De Plaen, Kilelu, 2004). L'approche écosystémique se fonde sur l'interdisciplinarité, la prise en compte du genre, la participation communautaire et la traduction des résultats de recherches en politiques publiques afin d'améliorer le bien-être des individus et préserver les écosystèmes (Forget, Lebel, 2003). Reposant sur la définition de la santé par l'OMS comme état de complet bien-être, l'approche écosystémique se positionne souvent même en l'absence de pathologies avérées, en visant une interaction harmonieuse entre l'homme et son environnement.

C'est ce qu'illustrent Sebastian Weissenberger *et al.* (2013) au travers de deux études de cas de projets de recherche ayant mobilisé l'approche écosystémique pour étudier l'exposition des populations amazoniennes et du nord du Québec au mercure⁸. Il s'agit du volet mercure d'Hydro-Québec, en collaboration avec certains organismes comme la Chaire de recherche Hydro-Québec CRSNG-UQAM, pour le nord du Québec, et du projet CARUSO en Amazonie. Ces deux projets se sont intéressés, au travers de recherches intégrées, en sciences naturelles, en sciences sociales et en sciences de la santé, à comprendre les liens complexes

⁷ Le nombre de morts dus à l'épidémie de fièvre hémorragique Ebola dans les trois pays les plus touchés d'Afrique de l'Ouest s'élève à 6.331 sur un total de 17.800 cas, selon le bilan de l'Organisation mondiale de la santé, arrêté au 6 décembre 2015 et publié le 8 décembre : www.rtl.fr, consulté le 20 décembre 2015.

⁸ Le mercure est un neurotoxique sous forme de métal argenté et se présentant à l'état liquide.

entre les sources de contamination, le transfert dans les écosystèmes et la santé humaine. Des facteurs écologiques, économiques, génétiques, culturels et politiques ont été relevés comme favorisant la contamination au mercure. En effet, le mercure est naturellement contenu dans les sols forestiers d'Amazonie et du nord du Québec, mais aussi dans les lacs naturels. Même si l'orpaillage artisanal apparaît comme une source secondaire, l'érosion de sols nouvellement déboisés constitue la principale source du mercure dans les deux régions. Les auteurs rapportent également la source industrielle de mercure au Québec dans les années 1970, la papeterie et une usine de chlore-alkali de la ville de Quéville. Le mercure est transféré vers les milieux aquatiques par les inondations. Ainsi, se retrouve-t-il dans l'organisme de la faune aquatique, et affecte la santé humaine par la consommation de poisson ou d'oiseaux s'alimentant en produits halieutiques. Les populations autochtones du nord du Québec et riveraines de l'Amazonie sont fortement touchées, en raison, entre autres, de leur forte consommation de poisson issu de la pêche, celle-ci étant l'une de leurs principales activités. Au-delà de l'aspect alimentaire, l'importance du poisson est aussi culturelle et identitaire. Chez les Cris du nord du Québec, le terme « *Nitao* » désigne les activités de chasse, de pêche et de trappe. Elles sont une occasion de rencontre, un élément structurant de la vie des communautés. Sur le plan du genre, les femmes enceintes sont plus vulnérables, et le mercure est transféré au fœtus à travers la barrière sang-placenta. Ce qui explique aussi l'exposition des nourrissons amazoniens par le lait maternel.

Plutôt que de viser la réduction de la contamination des écosystèmes par le mercure, les projets de recherche empruntant une perspective écosystémique ont porté attention aux mesures visant sa réduction dans la consommation du poisson (Weissenberger *et al.*, 2013). Pour cela, l'accent a été placé sur le rôle de la pêche dans les activités traditionnelles des peuples autochtones et l'importance du poisson dans l'alimentation des populations riveraines. Afin de faciliter l'acceptation sociale des recommandations, une stratégie d'intervention participative a été mise en place, impliquant des acteurs sociaux clés tels que les femmes, responsables de l'alimentation, les pêcheurs, les sages-femmes et les infirmières, afin d'encourager la consommation de poissons non piscivores, tout en maintenant la même quantité de consommation. Cette approche écosystémique montre ainsi clairement la nécessité d'une prise en compte des facteurs naturels, socio-culturels, économiques, etc. dans la formulation de politiques publiques dans le domaine de la santé environnementale.

Au-delà de la complexité des liens entre santé et environnement, l'approche écosystémique permet également de mettre en exergue l'interaction entre les déterminants de la santé,

comme le montre le projet « Intégration de l'agriculture à l'environnement de la région de Buyo (sud-ouest de la Côte d'Ivoire) », conduit par Pascal Valentin Houénou et Yveline Marie-Thérèse Houénou-Agbo entre 1996 et 1998 (Forget, Lebel, 2003, p. 624). Cette étude menée par une équipe transdisciplinaire impliquant la chimie, l'écotoxicologie, la géographie, la sociologie, etc., a mis en avant les facteurs écologiques, socio-économiques et politiques qui contribuent à la dégradation des écosystèmes et de la santé humaine dans cette région. En effet, la région de Buyo, dotée d'atouts naturels (une végétation de forêt dense et humide, une pluviométrie élevée, un réseau hydrographique important, un sol favorable à l'agriculture, etc.) a connu un développement rapide lié à l'exécution dès 1968 d'un projet d'aménagement du territoire ayant débouché sur la mise en place d'un barrage hydroélectrique en 1980. L'étude a révélé la recrudescence ou la persistance de pathologies hydriques, le paludisme notamment, et la prolifération d'espèces végétales envahissant les plans d'eau. Elle a également mis à jour la présence de métaux lourds dans le sol, l'eau, les poissons et le lait maternel. Cette situation sanitaire s'explique par plusieurs facteurs. Il s'agit d'abord d'une gestion non intégrée des territoires villageois ayant fait l'objet d'une densification accélérée, d'une dégradation des ressources naturelles, occasionnant des conflits fonciers liés à un mode ambigu d'accès à la terre. Cette situation est aggravée par une économie extractive, la vente et l'utilisation de produits agrochimiques prohibés, la pauvreté des habitants, et le faible niveau de réalisation d'équipement socio-collectif et d'infrastructures économiques. Comme on peut le constater, les facteurs socio-économiques occupent une place de choix dans la complexité des déterminants des risques sanitaires environnementaux.

La place des conditions socio-économiques dans les déterminants des risques sanitaires d'origine environnementale

Les résultats du projet de recherche écosystémique en Côte d'Ivoire, ci-dessus évoqué, montrent clairement comment les conditions socio-économiques interagissent avec l'environnement et les politiques publiques pour influencer l'état de santé des populations de la région de Buyo. C'est cette complexité des déterminants de la santé que traduit la notion d'effets de lieu. Bien que l'espace physique occupé par les agents symbolise leur espace social, l'état d'un lieu est aussi en lien avec les politiques publiques (Bourdieu, 1993). Ainsi, l'état de santé d'un groupe social peut être le produit des interactions entre l'espace physique, les conditions socio-économiques et les politiques publiques. C'est ce qu'illustrent justement Stéphane Rican *et al.* (2014). Les auteurs mettent en avant l'effet de lieu, qu'ils illustrent par l'inégal dépistage du cancer du sein en Île-de-France. Les inégalités d'accès chez les femmes

de 50 à 70 ans relevant de la position sociale, comme le soulignent les épidémiologistes, n'apparaissent pas nécessairement à l'échelle locale plus fine. Par exemple, dans le 13^e arrondissement de Paris, les quartiers du nord plus favorisés et ceux du sud moins favorisés présentent la même tendance au dépistage. L'accès au dépistage n'est donc pas la simple projection mécanique du statut socio-économique. Il faut prendre en compte l'effet de lieu de résidence et de l'espace de vie. Reprenant les résultats de certaines études, Stéphane Rican *et al.* (2014) montrent que le quartier Jean-Macé à Trappes en France est coupé du reste de la ville par la route nationale 10 et les chemins de fer. Cela peut constituer un handicap à la mobilité. En plus, sa population est vieillissante, avec un faible niveau socio-économique et il n'y a pas de mouvement associatif dans le quartier. Par ailleurs, l'implication des acteurs locaux est un paramètre d'effet de lieu, que l'auteur pointe à travers l'exemple de deux zones dans une commune de Val-d'Oise. Les Marronniers et Orliparc sont deux zones urbaines sensibles (ZUS) au profil socio-économique très proche. Et pourtant, le niveau de participation au dépistage est très inégal : 51% pour les Marronniers contre 38% pour Orliparc. La meilleure participation enregistrée dans la première zone est en lien avec une mobilisation communautaire traduite par la sensibilisation par les pairs et la traduction des supports d'information pour les rendre plus accessibles, aux populations d'origine étrangère notamment. Enfin, les politiques associées à l'urbanisme et au développement local peuvent expliquer le clivage entre deux sous-quartiers, comme c'est l'exemple dans le quartier Val-d'Argent sud à Argenteuil. Les différences de participation au dépistage du cancer entre les parties sud-ouest et est de ce quartier (41% pour la première partie et 50% pour la seconde) sont aussi fondées par un clivage socio-spatial découlant de la construction d'un boulevard qui sépare le quartier en deux. Ainsi, la partie est-elle composée essentiellement de locataires de cités de logements sociaux et est plus structurée sur le plan collectif, contrairement au sud-ouest caractérisé par de petites copropriétés et pavillons dégradés.

Toutefois, la distinction traditionnelle des déterminants de la santé ne doit pas occulter les interrelations entre eux, qu'il est possible de mettre en exergue par une approche pluridisciplinaire (Forbat, 2014). Ainsi, par exemple, l'environnement influence les comportements des individus, la présence d'un parc à proximité du lieu d'habitation pouvant favoriser la pratique régulière d'une activité physique. De la même manière, les facteurs socio-économiques peuvent influencer l'accessibilité aux services de soins.

Comment les conditions socio-économiques influencent-elles la prise de conscience face aux risques sanitaires d'origine environnementale dans une ville africaine ? Telle est la question à

laquelle cette thèse entend répondre. Nous avons choisi de mener notre étude dans la ville de Cotonou au Bénin, en retenant l'exemple du choléra comme révélateur des risques sanitaires d'origine environnementale auxquels font face les populations. En tant que maladie liée au péril hydro-fécal⁹, le choléra nous permettra de comprendre comment les risques sanitaires d'origine environnementale sont produits et quelle forme de mobilisation ils suscitent.

En effet, nous considérons que les préoccupations pour les questions de santé environnementale dans la ville de Cotonou sont liées aux conditions socio-économiques dans lesquelles vivent les populations. Ces conditions sont à l'origine de pratiques sociales qui contribuent à la dégradation de l'environnement et à l'émergence de risques sanitaires. De plus, les populations ont une perception limitée du lien entre santé et environnement. Ainsi, les préoccupations environnementales sont-elles peu présentes, notamment dans les quartiers défavorisés où les habitants font face à d'autres urgences liées à leur survie, comme c'est le cas dans la ville de El Alto en Bolivie (Poupeau, 2012).

Le lien entre santé et conditions socio-économiques fait écho à la notion d'inégalités sociales de santé, ou d'inégalités socio-spatiales quand on y introduit une dimension territoriale. Les inégalités sociales ou socio-spatiales de santé reposent sur l'idée d'une « *différence de santé entre les individus liés à des facteurs ou critères sociaux de différenciation* » (Aïach, 2000, pp. 83-91). C'est d'abord sur la mortalité que portent la plupart des recherches sur les inégalités sociales et spatiales de santé. Ce choix est lié à une exigence méthodologique et théorique (Aïach, 2000). D'une part, l'existence de statistiques fiables sur la mortalité, du fait d'une déclaration obligatoire et systématique à l'état civil, permet une analyse des disparités devant la mort. D'autre part, la pertinence d'une telle approche résulte du fait que la différence de mortalité entre les groupes sociaux est considérée comme révélatrice des conditions sociales dans lesquelles les gens ont vécu, et la mort n'en est que la conséquence. En outre, la morbidité est aussi de plus en plus utilisée comme instrument de mesure des inégalités sociales de santé. Dans ce domaine, les travaux prennent pour descripteurs des disparités sociales et spatiales de santé, la santé perçue, les maladies respiratoires, les cardiopathies et le cancer, etc. L'analyse de la santé perçue comme révélatrice des inégalités sociales et territoriales de santé s'inscrit dans la définition, évoquée plus haut, de la santé par l'OMS.

⁹ Le péril hydro-fécal désigne le danger que constitue l'eau et les selles en matière de propagation de maladies infectieuses.

La question des inégalités a, de longue date, suscité l'intérêt des Humanités. Pour preuve, parmi d'autres, le philosophe des Lumières Jean-Jacques Rousseau, en a fait l'un des fils conducteurs de son œuvre. C'est dès 1754 qu'il formalise sa conception de l'inégalité dans la réponse à la question de l'Académie de Dijon, à savoir : « *Quelle est l'origine de l'inégalité parmi les hommes, et si elle est autorisée par la loi naturelle* ». Rousseau distingue deux types d'inégalité : « *l'inégalité naturelle ou physique* » et l'« *inégalité morale ou politique* ». Le premier type se rapporte à l'ensemble des différences naturelles ou physiques qui existent entre les hommes, à savoir l'âge, la santé, la force du corps, et la qualité de l'esprit, ou de l'âme.

C'est le deuxième type qui nous intéresse plus directement. Pour Rousseau, l'inégalité morale ou politique « *dépend d'une sorte de convention, établie et autorisée par le consentement des hommes. Celle-ci consiste dans les différents privilèges, dont quelques-uns jouissent, au préjudice des autres, comme d'être plus riches, plus honorés, plus puissants qu'eux, ou même de s'en faire obéir* » (Rousseau, 1965 [1755], p. 177). Selon l'auteur, cette inégalité n'existait pas entre les hommes dans « l'état de nature », caractérisé par l'uniformité des modes de vie et l'absence d'éducation. Elle est apparue avec le passage à l'état civil, c'est-à-dire à la vie en société. A l'avènement de l'agriculture, le talent et les mérites des uns leur ont permis d'avoir plus de propriétés que les autres qui, laissés dans la misère, ont consenti à obéir aux premiers. Selon Rousseau, les rapports entretenus entre les hommes dans la société ont transformé les différences en inégalité, car ces différences sont constitutives de la supériorité des uns sur les autres.

Si, pour Rousseau, l'inégalité entre les hommes repose sur le développement de la propriété privée dans le cadre de la vie en société, Karl Marx (1867, réédité en 1948) lie quant à lui cette inégalité à la possession du capital. Les rapports de production sont déterminés par l'inégalité des moyens entre la bourgeoisie et le prolétariat. Ceux qui dominent possèdent le capital, et ceux qui sont dominés n'ont que leur force de travail. Pour Marx donc, la possession du capital est la clef des inégalités entre les classes sociales, et l'objet de leur lutte.

Dépassant la conception économiste des inégalités dans les rapports sociaux de Karl Marx, Max Weber (1921, réédité en 2003) attribue plutôt les inégalités entre les hommes au pouvoir que les uns détiennent sur les autres et qui s'explique par les critères de statuts, de classe et de parti. Le pouvoir est défini par le sociologue allemand comme la chance dont bénéficie un individu pour réaliser sa vie personnelle. La classe renvoie à la situation occupée par les

individus sur le marché. La position occupée dans le monde du travail ou sur le marché est fonction des biens possédés, donc de la propriété. Elle renvoie à la propriété privée dont parle Rousseau et au capital dans la conception marxiste. Mais cela n'est pas le seul critère de différenciation sociale. Il y a aussi la situation statutaire, fondée sur le prestige dont bénéficie un individu au sein d'une communauté. Selon Max Weber, le privilège est une considération sociale accordée à un groupe en fonction de son style de vie, de son niveau d'instruction, de son milieu social d'appartenance, ou enfin de l'exercice d'une profession valorisée. Les groupes sont donc différents en fonction du prestige qui leur est associé. Enfin, la situation de parti, chez Weber, est la capacité des groupes à se mobiliser collectivement pour la conquête du pouvoir d'Etat.

De ces définitions, nous retiendrons, dans le cadre de cette thèse, comme indicateurs de conditions socio-économiques, le revenu, le niveau d'instruction, la profession et le niveau d'instruction des parents, l'appartenance ethnique, ainsi que l'appartenance à un réseau de mobilisation. Ces différents indicateurs sont au fondement des clivages sociaux et de la ségrégation socio-spatiale dans la ville de Cotonou. Ces facteurs peuvent déterminer un certain nombre de pratiques contribuant à la production de risques sanitaires ou à la préservation de la santé par la protection de l'environnement.

L'idée de la variation de la mortalité selon les classes sociales a été mise en avant en France dès 1746 par le statisticien Antoine Deparcieux. Dans son *Essai sur les probabilités de la vie humaine*, à partir de nombreuses statistiques qu'il a rassemblées sur la mortalité à Paris, l'auteur constate que celle-ci varie selon les classes sociales. Le taux de mortalité est moins élevé chez les enfants des « classes riches ou aisées » que chez ceux du « bas peuple ».

Dans le même ordre d'idées, de grandes enquêtes ont été réalisées, au XIX^e siècle, par des médecins-hygiénistes dans le but de mettre en évidence les rapports entre conditions sociales et mortalité. Louis-René Villermé, membre du courant hygiéniste, montre que le taux de mortalité est étroitement lié aux conditions de vie des différentes classes sociales. Dans les arrondissements de Paris qu'il a étudiés, la mortalité croît en raison directe de la proportion des pauvres qui y habitent. Il remet en cause l'explication qui était répandue, même parmi les médecins, selon laquelle la proximité de la Seine, la nature du sol et la densité humaine auraient une influence sur la mortalité (Védrenne-Villéneuve, 1961).

En Grande-Bretagne, Edwin Chadwick (1842) parvient à la même conclusion. Dans son rapport élaboré à partir des données recueillies dans les villes ouvrières de Grande-Bretagne et

soumis au Poor Law Board¹⁰, l'auteur montre qu'à Liverpool la durée de vie moyenne était de 35 ans pour les « bourgeois » contre 15 seulement pour les ouvriers, et que cette différence traduisait celle qui existait entre leurs habitats. Il met ainsi en relation trois variables : classes sociales, habitations et santé.

Si les travaux pionniers sur la question des inégalités sociales de santé ont été effectués entre le XVIII^e et le XIX^e siècle, cela ne veut pas pour autant dire que le phénomène n'avait pas existé avant. Dans son article au titre évocateur « L'inégalité sociale face à la mort : l'invention récente d'une réalité ancienne », Patrice Bourdelais (2000) s'appuie sur les relevés des historiens et démographes pour analyser ce phénomène entre le XVII^e et le XIX^e siècle dans les villes de Genève et de Rouen. La catégorie socio-professionnelle a été la variable mobilisée, notamment pour la dernière ville ; la mortalité y a été étudiée pour quatre catégories socio-professionnelles (notables, boutiquiers, artisans et ouvriers). Même si, selon Patrice Bourdelais (2000), il n'a pas été possible de déterminer pour cette ville les survivants à 60 ans, l'écart de mortalité entre 60 et 65 ans est remarquable, avec le risque de mortalité deux fois plus élevé chez les ouvriers que les notables.

Le choix des maladies cardio-vasculaires et du cancer comme descripteurs des inégalités sociales de santé permet aussi de prendre en compte le mode de vie et l'activité professionnelle des groupes sociaux. Les maladies cardio-vasculaires ont connu une évolution et restent étroitement liées aux conditions socio-économiques. A partir de la fin des années 1960, la mortalité par pathologies cardiaques a été plus élevée chez les employés, les ouvriers spécialisés et les artisans que chez les ouvriers qualifiés, les professions intermédiaires et les cadres. En 1990, les taux de mortalité par maladies coronariennes étaient les plus élevés chez les employés et les plus faibles chez les cadres supérieurs. Ces pathologies sont également associées à des comportements à risque tels que la consommation d'alcool, de tabac, le manque d'activité physique, même s'ils peuvent s'ajouter à des facteurs individuels¹¹. Ces comportements à risque suivent aussi un gradient social. Ils sont liés aux classes sociales et aux catégories socio-professionnelles avec une forte influence de la variable genre. Par exemple, chez les hommes, la catégorie des ouvriers compte le pourcentage le plus élevé de fumeurs alors que celle des agriculteurs en compte le plus faible. Chez les femmes, l'effet de génération permet d'envisager des comportements évolutifs. Dans la génération de 1980-1981, la plus grande proportion de femmes fumeuses était observée chez les cadres et dans les

¹⁰ Commission des lois sur la pauvreté.

¹¹ Il s'agit des antécédents tels que l'hypertension artérielle, le diabète, les troubles lipidiques, l'obésité et les troubles de l'hémostase.

professions intermédiaires. Or, en 1990-1991, la proportion des fumeuses est plus forte chez les femmes cadres au-delà de 35 ans ; et plus importante chez les femmes ouvrières de moins de 35 ans (Brix, Lang, 2000).

Le cancer occupe de plus en plus une place de choix dans l'analyse des inégalités sociales de santé. Cela s'explique par la part importante de mortalité due à cette pathologie dans un contexte de baisse généralisée de la mortalité en Europe, et en France notamment. Le cancer est en effet la première cause de mortalité chez les hommes et de mortalité prématurée, tous sexes confondus. Chez les hommes, une part importante de mortalité par cancer est liée à l'exposition à des substances cancérogènes en milieu professionnel. Ce qui explique d'ailleurs le clivage entre les catégories socio-professionnelles, les plus défavorisées étant les plus vulnérables (Lang, 2009).

En plus des classes sociales et des catégories socio-professionnelles, le genre intervient aussi dans les différences de mortalité. Selon les enquêtes de l'Institut national des statistiques et d'études économiques (INSEE) et de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), il existe une différence de mortalité entre hommes et femmes. Le risque de mortalité est plus élevé chez les premiers que chez les secondes, alors que l'écart entre femmes de milieux sociaux différents est faible. Entre 1980 et 1989, le rapport entre la probabilité de décès d'une femme ouvrière spécialisée et celle d'une femme cadre est de 1,7 entre 35 et 60 ans et se réduit encore (1,4) entre 50 et 60 ans. Au contraire, chez les hommes, les écarts sont deux à trois fois plus élevés entre les ouvriers et les cadres. La variable du genre renvoie indirectement aux effets des activités professionnelles sur la santé. L'avantage des femmes face à la mort s'explique par le fait que la plupart exercent dans le secteur tertiaire, soit des activités souvent moins pénibles que celles occupées par des hommes, notamment les ouvriers (Bih, Pfefferkorn, 1999).

Outre le genre, le contexte social est également mis en avant. Des mesures relevées par des historiens-démographes sur la ville de Genève pour deux générations, celles de 1625-1684 et de 1725-1790, révèlent des écarts sociaux de mortalité (Bourdelaïs, 2000). Les deux générations ont été réparties en trois groupes sociaux distincts (supérieur, moyen et inférieur). Pour la première génération, les enfants des classes supérieures avaient 1.57 fois plus de chance de fêter leur dixième anniversaire que ceux des classes inférieures. Cet écart se creuse davantage au sixième anniversaire, les riches ayant 2.82 fois plus de chance d'y arriver que les pauvres. En revanche, les écarts sont plus réduits pour la génération de 1725-1790, du

fait des progrès de l'espérance de vie. Le contexte social intervient en termes de possibilités offertes de services de soins de santé.

De plus, les différences de santé perçues entre les groupes sociaux sont liées à leur niveau de revenu et d'éducation. Reprenant les résultats de l'enquête de l'INSEE sur « l'état de santé en France en 2003. Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé », Jean-Louis Lanoé et Yara Makdessi-Raynaud (2009) montrent que les personnes ayant de faibles niveaux de revenu et d'éducation sont plus susceptibles d'avoir une perception négative de leur santé. L'âge et le genre sont sans influence dans cette perception. Le fait de déclarer la présence d'une maladie est aussi lié à ces facteurs. Selon les auteurs, la prise en compte de la santé perçue permet de révéler des souffrances difficiles à exprimer dans les catégories connues de morbidité.

Par ailleurs, les facteurs ethniques et comportementaux ont un lien avec la santé perçue. En Angleterre, les territoires les plus défavorisés, qui reçoivent les dotations financières et le personnel médical les plus importants, sont ceux où l'on déclare le plus une mauvaise santé perçue – sachant que précisément les investissements sont plus importants dans les zones à risque. Toutefois, l'offre de soins et la densité médicale ne suffisent pas à expliquer les inégalités sociales et territoriales de santé. Il faut faire appel à d'autres facteurs comme le mode de vie, le clivage ethnique et les pratiques de soins très variables selon les territoires (Bailoni, 2011). Le mode de vie des groupes sociaux intervient dans la santé perçue en termes de consommation de tabac, d'alcool, de manque d'activités physiques. Si la santé d'un groupe peut être influencée par sa catégorie sociale d'appartenance, le comportement individuel joue également un rôle.

Dans leur article « Les inégalités de santé respiratoire entre les villes. Dimensions socio-économiques et environnementales », Christina Aschan-Leygonie et Sophie Baudet-Michel (2014) analysent les inégalités de santé entre les villes françaises de plus de 20 000 habitants par « l'indice standardisé relatif »¹² de prescriptions de médicaments pour les broncho-pneumonies obstructives (BPCO) et l'asthme. Ce choix des auteurs réside dans l'hypothèse que l'indice de prescription traduit le niveau de prévalence de ces pathologies. Selon les auteurs, les inégalités de santé respiratoire à l'échelle des villes sont expliquées d'abord par

¹² Selon les auteurs de l'article, l'indice standardisé relatif de prescription est calculé en rapportant le nombre de prescriptions réelles en 2008 au nombre de prescriptions attendues pour la même année, eu égard à la structure par âge de la ville. Le nombre de prescriptions attendues pour une ville est calculé en appliquant à la ville le taux de prescription par âge de la France entière. Ce taux rend comparables les villes et neutralise des différences entre les villes qui seraient imputables à la seule structure par âge de chaque ville.

leur composition sociale et le contexte économique régional. Les indicateurs de pollution atmosphérique, lorsqu'ils sont combinés aux indicateurs socio-économiques, n'apparaissent plus. Si les villes où les prescriptions pour les BPCO sont les plus élevées correspondent à celles où la part des populations sans diplôme est élevée, les villes à forte pollution atmosphérique ne sont pas nécessairement celles où les prescriptions sont les plus importantes. Les populations sans diplôme sont donc plus prédisposées aux maladies respiratoires que celles qui ont un niveau scolaire élevé. C'est le cas de Paris et Lyon, où malgré une forte pollution, les prescriptions sont moins élevées. La composition sociale et le contexte économique régional de ces villes prennent le pas sur la pollution de l'environnement.

En plus de ces indicateurs de conditions socio-économiques porteurs d'inégalités sociales de santé, Pierre Bourdieu, quant à lui, explique les inégalités entre les groupes sociaux et les champs par l'inégale structure des capitaux. Le sociologue va au-delà de la conception marxiste du capital, pour en distinguer quatre types : le capital économique, le capital social, le capital culturel et le capital symbolique. Le capital économique renvoie aux facteurs de production tels que la terre, les usines, et l'ensemble des biens économiques possédés. Il renvoie à la propriété privée chez Rousseau, au capital chez Marx et enfin à la conception wébérienne de classe, celle-ci étant constituée autour des biens économiques possédés. Ces biens économiques peuvent être le revenu, le patrimoine, les biens matériels. Le capital culturel est constitué de l'ensemble des qualifications intellectuelles, soit produites par le système scolaire, soit transmises par la famille. Le capital culturel peut exister sous trois formes : à l'état incorporé comme disposition durable du corps, à l'état objectif comme bien culturel ou enfin à l'état institutionnalisé, tels que les diplômes. Le capital social est l'ensemble des relations sociales dont dispose un groupe, et que celui-ci peut mobiliser en cas de besoin. Enfin, le capital symbolique renvoie à l'honneur et la reconnaissance dont bénéficie un groupe social ou un agent en relation avec la possession de l'un des trois premiers capitaux (Bonnewitz, 2009, p.72). Pour Bourdieu, les capitaux sont l'objet de lutte entre les différents champs et les agents sociaux. Dans ces conditions, les inégalités sont déterminées par les différences de capitaux. Les classes dominantes, parce qu'elles possèdent plus de capitaux que les moins favorisées, accèdent beaucoup plus aux institutions telles que l'éducation, la culture et aux différents champs constitutifs de la vie sociale. Les classes sociales dominantes utilisent donc les différents champs pour assurer leur reproduction en accordant une légitimité sociale à leur propre culture.

La perspective bourdieusienne des inégalités sociales permet donc de prendre également en compte, dans le cadre de notre travail, l'ensemble des biens matériels (biens immobiliers, par exemple) possédés par les individus, les relations sociales dont ils disposent, la valeur associée à leur lieu de résidence, la présence d'une personnalité politique, par exemple, etc.

Le capital social et le capital symbolique constituent plus récemment de nouveaux éléments d'interprétation des inégalités sociales de santé (Fassin, 2009). Il s'agit de la cohésion sociale mesurée à travers les notions de réseaux sociaux et de capital social. En plus des facteurs matériels, les liens sociaux apparaissent aussi comme clivants. Ils sont mesurés à partir d'indicateurs tels que le nombre d'individus avec lesquels on est en contact ou sur lesquels on peut compter, ou encore la participation aux mouvements associatifs. L'appartenance à des réseaux sociaux ou la possession d'un capital social permettent une inclusion sociale, qui peut prémunir contre l'isolement susceptible d'affecter la santé mentale.

Julie Vallée *et al.* introduisent l'influence de la mobilité des acteurs, grâce à la possession de moyens de déplacement, dans la santé perçue. Selon eux, l'accessibilité aux ressources urbaines (équipements de soins, commerciaux, sportifs, culturels ou de loisirs) par la mobilité peut expliquer les différences de santé mentale des jeunes adultes Montréalais. Les jeunes Montréalais qui disposent des moyens de mobilité tels que la voiture ou l'abonnement à un réseau de transport urbain déclarent une santé mentale meilleure que ceux qui n'en disposent pas. Les premiers accèdent plus aux ressources urbaines, même en dehors de leur quartier de résidence. La santé perçue n'est donc pas déterminée nécessairement par les ressources disponibles dans le quartier de résidence, mais plutôt par la capacité des individus à être mobiles, et donc d'accéder aux ressources urbaines.

Si dans le capital symbolique de Bourdieu, on retrouve l'idée de prestige développé par Max Weber, la dimension économique est prégnante dans l'analyse de la stratification sociale, que ce soit chez Jean-Jacques Rousseau, Karl Marx, Max Weber et Pierre Bourdieu. De ces différentes approches, on peut retenir que les inégalités sont des différences sociales qui déterminent la position des individus et des groupes sociaux dans l'espace social. Ces différences peuvent être liées à la possession de biens économiques, à la culture, aux relations sociales, au prestige, aux pratiques, etc. Les conditions socio-économiques sont donc constituées d'un ensemble d'indicateurs tels que le revenu, la possession de biens matériels (immobiliers, par exemple), le niveau d'instruction, la profession et le niveau d'instruction des parents, l'appartenance ethnique, l'appartenance à un réseau social, les relations sociales,

la valeur symbolique du lieu d'habitation. Ces facteurs socio-économiques exercent une influence sur les comportements, les pratiques, les représentations sociales qui contribuent à préserver l'environnement ou à le dégrader.

Dans les pays en développement, la dégradation de l'environnement est favorisée par la pauvreté. L'exemple dans la ville de Dar es Salam en Tanzanie le traduit, où le développement du modèle de « *la maison swahili* », une maison basse sans étage, au rythme des migrations massives vers la ville, contribue, entre autres, à l'étalement urbain (Roy, 2007). Ainsi, les zones non viabilisées caractérisées par l'absence de services socio-sanitaires de base contribuent énormément à la dégradation de l'environnement urbain. 1500 tonnes de déchets sont déversés dans la nature ou brûlés chaque jour par les habitants de la ville. Les résidus de ces déchets contaminent les eaux souterraines, polluent les cours d'eaux et la mer. Le méthane est aussi libéré dans l'atmosphère, concourant au réchauffement climatique. Ces nuisances environnementales sont à l'origine de plusieurs pathologies (comme le choléra) auxquelles les citoyens sont confrontés.

Dans la ville de Cotonou, comme on le verra, ce sont aussi les quartiers les plus défavorisés qui concentrent la part la plus nombreuse de personnes victimes de risques sanitaires d'origine environnementale, car les plus exposés aux nuisances environnementales. Ces risques sanitaires environnementaux, le choléra en particulier, mettent ainsi au jour les inégalités écologiques.

Le choléra comme marqueur des inégalités écologiques dans la ville de Cotonou

Le concept d'inégalités environnementales ou écologiques est la traduction en France de la notion d'injustice environnementale mise en avant d'abord aux Etats-Unis par les travaux de Robert Bullard (1990), notamment. En effet, c'est dès les années 1970 qu'émerge aux Etats-Unis le mouvement de lutte pour la justice environnementale sous l'impulsion d'associations de défense des droits civiques et de militants écologistes (Chaumel, La Branche, 2008), pour dénoncer l'aspect cumulatif des inégalités sociales et écologiques. C'est d'ailleurs un des participants à ces mouvements, Benjamin Chavis Jr., qui a pris part à une protestation contre l'implantation d'un centre de déchets chimiques dans le comté de Warren, qui a initialement formulé la notion de justice environnementale (Charles *et al.*, 2007). Comme le montre Robert Bullard (1993), il existerait un « racisme environnemental » dans la mesure où les minorités raciales, notamment afro-américaines et hispaniques, sont sur-exposées aux pollutions et risques environnementaux. Cette injustice environnementale s'est matérialisée

par les *Locally Undesirable Land Uses* (LULUs)¹³, usines polluantes, centres de déchets dangereux, usines d'incinération, etc. implantés dans les quartiers où vivent majoritairement des populations défavorisées et des minorités raciales. Dans cette perspective, le premier rapport commandité sur le sujet en 1983 par le General Accounting Office¹⁴ a montré que trois des quatre plus grands centres d'enfouissement de déchets dangereux des États-Unis étaient implantés directement auprès de communautés noires et le dernier dans l'entourage immédiat de l'une d'entre elles (Chaumel, La Branche, 2008).

Si le mouvement pour la justice environnementale reste le produit de la mentalité américaine marquée par le racisme et l'antiracisme, c'est sous le vocable de « l'écologisme des pauvres » que celui-ci s'est décliné dans le Tiers-monde (Martinez Alier [2001], 2014, pp. 43-46) dans les années 1980. Encore dénommé « écologisme populaire », « l'écologisme des pauvres » est un ensemble de mouvements, aux niveaux local, régional, national et mondial, qui luttent contre les impacts écologiques touchant les pauvres, qu'il s'agisse de paysans dont les champs ou les pâturages ont été détruits par les mines ou les carrières, de mouvements d'artisans pêcheurs dont l'activité est mise à mal par la présence de bateaux de pêche industrielle, et de mouvements de communautés touchées par les mines et les usines polluantes.

Toutefois, ce concept d'« écologisme des pauvres », relevant de l'écologie politique¹⁵ et davantage ancré dans les milieux ruraux – il trouve son origine des études de cas locaux de géographie et d'anthropologie rurale (Martinez Alier [2001], 2014, p.175) –, ne rend pas particulièrement raison de notre terrain, car les questions dont nous traitons ne révèlent pas tant d'un activisme des populations défavorisées, quoique victimes de nuisances environnementales. C'est pourquoi nous préférons recourir à la notion d'inégalités écologiques.

C'est sous le vocable d'inégalités environnementales ou écologiques que s'est traduite un peu plus tard en France la notion d'injustice environnementale. Le concept d'inégalités écologiques a émergé dans les années 2000 dans un texte officiel lors du Sommet mondial sur le développement durable à Johannesburg (Chaumel, La Branche, 2008). Nous le mobilisons au sens de Jacques Theys (2005) et Cyria Emelianoff (2006). Dans un texte pour l'Institut d'urbanisme de Paris, paru en 2005, Jacques Theys établit d'abord une distinction entre

¹³ « Usages localement indésirables des sols ».

¹⁴ Le General Accounting Office est un organe indépendant chargé d'évaluer les politiques publiques américaines et de contrôler les comptes.

¹⁵ L'écologie politique est « l'étude des conflits écologico-distributifs, c'est-à-dire les conflits relatifs aux services écologiques, commercialisés ou non » (Martinez Alier [2001], 2014, p. 175).

inégalités environnementales et inégalités écologiques. Selon l'auteur, contrairement aux inégalités environnementales qui renvoient à une différence de situations physiques entre territoires, les inégalités écologiques concernent les inégalités sociales entre individus face à l'environnement (Theys, 2005). Cette définition a l'avantage de placer l'être humain au centre des préoccupations, en ce sens qu'il existe une relation entre, d'une part, les populations, en fonction de leurs problèmes sociaux de pauvreté, de connaissance, de technologies, de production et de consommation, et, d'autre part, les désordres naturels et environnementaux (Chaumel *et al.*, 2008). Cyria Emelianoff (2006) abonde dans le même sens et va plus loin. Selon elle, les inégalités environnementales expriment l'idée que les groupes sociaux ne sont pas égaux face, d'une part, aux impacts liés à la destruction de l'environnement, et, d'autre part, à l'accès aux ressources et aménités environnementales ; quant aux inégalités écologiques, elles englobent les inégalités environnementales, mais intègrent également les différences dans les impacts que les groupes sociaux génèrent sur l'environnement. Jacques Theys (2000) distingue quatre critères d'identification des inégalités écologiques. D'abord, elles renvoient à l'inégalité d'exposition aux nuisances environnementales et aux risques industriels entre les groupes sociaux. Ensuite, les inégalités écologiques prennent en compte l'accès différencié aux ressources naturelles telles que l'eau potable, les énergies. De plus, elles concernent les inégalités d'accès aux aménités urbaines, c'est-à-dire l'ensemble des équipements, services et biens proposés dans l'espace urbain, que ce soit en termes de transport, d'espaces verts, de services publics ou de loisir (Christen, Hamman, 2015, p. 133). Enfin, les inégalités écologiques s'intéressent aux capacités différenciées des acteurs à améliorer leur cadre de vie. Ce quatrième critère englobe sans doute l'inégale capacité des groupes sociaux à interpeller les puissances publiques (Faburel, 2016) pour réduire les nuisances environnementales. Ces quatre critères font écho à la typologie des inégalités écologiques établie par Marianne Chaumel et Stéphane La Branche (2008). Il s'agit, selon les deux auteurs, des inégalités territoriales, des inégalités d'accès aux biens élémentaires, des inégalités face au risque et enfin des inégalités de pouvoir.

Quatre critères de définition de la notion d'inégalités écologiques peuvent être retenus pour notre terrain en raison de l'étiologie du choléra. Il s'agit de : l'inégalité d'exposition aux nuisances environnementales entre les groupes sociaux ; l'inégal accès aux ressources naturelles et aux aménités urbaines, et de capacités différenciées des acteurs à améliorer leur cadre de vie. En effet, le choléra, en tant que maladie hydro-fécale, se développe dans des milieux insalubres, caractérisés par un manque d'hygiène et d'assainissement. L'insalubrité

doit être entendue comme le manque d'hygiène, lié à une défaillance dans l'évacuation des déchets solides, des excréta, des eaux usées, d'origine pluviale ou domestique, etc. Dans ces conditions, l'effet différentiel du choléra traduirait les inégalités écologiques, en ce qui concerne, d'une part, l'exposition différenciée aux déchets, aux excréta, aux eaux usées, etc., et l'accès inégal aux services socio-sanitaires (eau potable, service de collecte de déchets, ouvrages d'assainissement des excréta, etc.) et, d'autre part, le rôle des acteurs, notamment des groupes sociaux défavorisés dans la production de ces nuisances environnementales, leur acceptation sociale et leurs faibles capacités à interpeler les pouvoirs publics au sujet du risque cholérique et à participer aux projets environnementaux. Il s'agit finalement de montrer comment les facteurs socio-économiques déterminent des choix d'occupation spatiale, la production du risque cholérique et la faible capacité à agir pour l'amélioration du cadre de vie.

Une approche pluridisciplinaire pour étudier les inégalités écologiques à Cotonou

Notre étude consiste à montrer comment les conditions socio-économiques et les politiques publiques font une place mineure aux questions environnementales en lien avec la santé dans la ville de Cotonou. Une telle recherche met en relation deux niveaux d'analyse : un niveau macro-social, qui permet de comprendre l'articulation entre les structures sociales et les faits collectifs de santé, et le niveau micro-social, qui met en relation la position sociale et les faits individuels de santé (Fassin, 2000). Une telle approche souhaite ainsi dépasser le clivage entre le « holisme », qui renvoie à une étude macro-sociale, et l'« individualisme méthodologique », qui préconise une analyse micro-sociale des faits sociaux. Les deux entrées sont ici complémentaires, la maladie étant un fait à la fois collectif lié aux conditions matérielles d'existence et individuel car révélateur des pratiques individuelles quotidiennes.

Cette étude sociologique, convoquant aussi l'épidémiologie et la géographie, est réalisée à partir des données de recensement de la population, des enquêtes nationales et des rapports des structures en charge de la santé au Bénin et dans la ville de Cotonou. Ces différents documents mettent à disposition un ensemble d'indicateurs sur les conditions socio-économiques des populations dans les départements et villes du Bénin. Les rapports fournissent des éléments de politique de santé, et des statistiques sur les principales affections enregistrées au Bénin et dans la ville de Cotonou. En complément de ces données, nous avons effectué des enquêtes de terrain par questionnaire, entretien et observation. L'enquête par questionnaire nous a permis de mesurer des indicateurs de conditions socio-sanitaires des

ménages et individus cholériques et de leurs témoins dans les quartiers retenus. L'entretien a servi à comprendre le contexte socio-historique des quartiers, les représentations sociales de la maladie et de la mort cholérique, et les politiques de santé publique en lien avec le choléra. Enfin, l'observation du cadre de vie a constitué une technique déterminante pour comprendre le lien entre environnement et pratiques sociales. Nous avons par ailleurs mobilisé un corpus d'articles de presse pour documenter les pratiques de salubrité et d'insalubrité dans la ville de Cotonou, les politiques de gestion des déchets et les enjeux politiques qu'elles mettent en lumière. Nous avons mené notre enquête de terrain pendant sept mois, répartis entre 2012 et 2015, à raison de deux mois par an de 2012 à 2014 et d'un mois en 2015.

Organisation de la thèse

Cette thèse est organisée en trois parties comportant chacune trois chapitres. La première partie analyse les facteurs d'inégalités de santé environnementale entre Afrique et pays industrialisés et présente l'approche méthodologique adoptée. Le premier chapitre montre que la santé environnementale dans les pays africains est caractérisée par des maladies infectieuses et parasitaires, alors que les pays occidentaux sont confrontés à des pathologies liées aux nuisances environnementales produites par le développement socio-technique. Le chapitre 2 présente les conditions socio-économiques et politiques de développement et de maîtrise des épidémies de choléra. Grâce à une approche socio-historique, ce chapitre éclaire les poussées épidémiques actuelles du choléra dans les villes africaines, par l'analyse des différentes pandémies qui ont marqué l'histoire des pays industrialisés tout au long du XIX^e siècle. Le chapitre 3, consacré à l'approche méthodologique adoptée, montre comment la ville de Cotonou, un village de pêcheurs devenu capitale économique du Bénin, est sujette à des risques sanitaires d'origine environnementale en raison de son histoire, sa densification, sa composition socio-économique et ses caractéristiques physiques. Ce chapitre explique également comment la structuration socio-spatiale de la ville et l'épidémiologie du choléra permettent de choisir trois quartiers d'étude, tout en exposant la complémentarité de diverses sources de données et leur mode de traitement.

La deuxième partie analyse le rôle des conditions socio-économiques dans la production et l'exposition aux risques sanitaires d'origine environnementale et interroge les notions d'inégalités écologiques et de justice environnementale. Le chapitre 4 explore les facteurs de la concentration du risque cholérique dans les départements méridionaux du Bénin, et dans la ville de Cotonou en particulier. Cette analyse débouche sur l'hypothèse du choléra comme

révélateur des inégalités écologiques, dans leurs dimensions sociale et territoriale. Le lien entre exposition aux nuisances environnementales et conditions socio-économiques fait l'objet du chapitre 5, et met en lumière comment les choix d'occupation de l'espace urbain par les populations défavorisées peuvent être porteurs d'inégalités écologiques. Le chapitre 6 étudie le rôle des populations défavorisées dans la production des nuisances environnementales et interroge la notion de justice environnementale.

La troisième partie, composée des chapitres 7, 8 et 9, met l'accent sur la dimension territoriale des inégalités écologiques. Elle montre comment les inégalités d'accès aux aménités urbaines et de participation aux politiques environnementales contribuent à la production des risques sanitaires d'origine environnementale. Le chapitre 7 montre la difficile émergence d'une politique de santé environnementale. Il analyse la mise en marge urbaine des quartiers défavorisés confrontés à des difficultés d'accès aux ouvrages d'assainissement des déchets et aux services urbains, et révèle l'émergence d'acteurs privés pour combler la défaillance des pouvoirs publics. C'est de l'une des méthodes de prévention du choléra les plus mobilisées par les pouvoirs publics que traite le chapitre 8. Il montre comment les pouvoirs politiques occultent les conditions socio-économiques de production de risques environnementaux en mettant l'accent sur la responsabilisation individuelle dans les campagnes de communication. Enfin, le dernier chapitre s'intéresse à la gouvernance urbaine, notamment dans le secteur des déchets, et analyse les contraintes de la mise en œuvre d'une politique de santé environnementale face à la divergence des intérêts des acteurs, dont certains mobilisent le champ de la santé urbaine dans leur lutte pour le contrôle du pouvoir municipal.

PREMIÈRE PARTIE

Etudier les inégalités écologiques par le choléra : quelle pertinence ?

Cette première partie montre en quoi le choix du choléra est pertinent pour étudier les inégalités écologiques dans la ville de Cotonou, et expose l'approche méthodologique adoptée. Elle est composée de trois chapitres. Le premier chapitre analyse les facteurs de la prédominance de maladies infectieuses et parasitaires dans les pays d'Afrique subsaharienne. Le deuxième chapitre met le choléra en perspective historique et compare les conditions socio-économiques dans lesquelles il s'est développé dans les pays industrialisés au XIX^e siècle avec celles qui le favorisent actuellement dans les pays africains. Enfin, le troisième chapitre explique le choix méthodologique adopté et met en avant une pluralité de sources de données.

Chapitre 1

Prédominance de maladies infectieuses et parasitaires dans les pays africains sur
fond de pauvreté et d'urbanisation

Le développement des épidémies de choléra dans les pays africains s'opère dans un contexte socio-économique globalement favorable à l'ensemble des maladies infectieuses (Vaillant, Salem, 2008). Selon l'OMS, « *les maladies infectieuses sont causées par des microorganismes pathogènes, tels que les bactéries, les virus, les parasites ou les champignons. Ces maladies peuvent se transmettre, directement ou indirectement, d'une personne à l'autre* »¹⁶. Il s'agit donc d'un ensemble de pathologies bactériennes, parasitaires et virales, désignées également par les termes maladies infectieuses et parasitaires (Gaimard, 2008). A ces catégories de maladies infectieuses, l'OMS ajoute les zoonoses qui sont des maladies infectieuses pouvant être transmises à l'homme par des animaux. Les différents rapports sur la santé dans le monde relèvent des décalages entre les pays industrialisés et ceux en développement¹⁷, notamment d'Afrique subsaharienne, en matière de morbidité et de mortalité¹⁸. Les pays africains sont touchés par des maladies à dominante infectieuse et parasitaire pendant que les pays industrialisés sont confrontés à des pathologies liées au mode de vie et à l'allongement de la vie (OMS, 2010, 2013, 2014 ; Vaillant, Salem, 2008). Ce chapitre met en évidence cette disparité de situations sanitaires, et dégage les facteurs déterminants de la forte prévalence des maladies infectieuses dans les pays africains. Pour ce faire, nous allons d'abord comparer la répartition des deux types de pathologies entre les pays industrialisés et ceux en développement, notamment d'Afrique subsaharienne. Il ne s'agira pas de prendre en compte toutes les maladies entrant dans l'un et l'autre de ces types, mais d'étudier celles qui sont les plus récurrentes. Les pathologies retenues dans chaque type sont celles qui sont régulièrement notifiées à l'OMS, et pour lesquelles les statistiques existent et permettent une analyse comparative. Ensuite, nous expliquerons cette répartition géographique en nous basant sur l'étiologie de ces différentes maladies, et montrerons comment la géographie des pathologies infectieuses et parasitaires et de celles liées au mode de vie et à l'allongement de la vie traduit tendanciellement des inégalités socio-économiques entre pays industrialisés et en développement.

¹⁶ www.who.int/thème de santé/ maladies infectieuses, consulté le 24 février 2014.

¹⁷ Nous entendons par pays industrialisés les pays d'Europe Occidentale et d'Amérique du Nord, ayant les meilleurs indicateurs socio-économiques au niveau mondial. Ces indicateurs concernent l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, l'accès aux soins de santé, à l'emploi, etc. En revanche, les pays en développement renvoient à ceux ayant les plus faibles indicateurs socio-économiques. Il s'agit principalement des pays d'Afrique subsaharienne, mais aussi d'Asie du Sud Est et d'Amérique du Sud.

¹⁸ La morbidité est liée à la maladie et est mesurée à partir du nombre de personnes malades dans une population donnée au cours d'une période donnée. La mortalité est relative à la mort. Le taux de mortalité est le rapport entre le nombre de décès sur l'ensemble de la population d'un territoire au cours d'une période donnée.

1.1 La place différentielle des maladies infectieuses entre pays industrialisés et en développement

Pour comparer la répartition des maladies infectieuses avec celle des maladies liées au mode de vie et à l'allongement de la vie, nous avons retenu parmi ces deux groupes de pathologies celles qui nous semblent les plus courantes. Parmi les pathologies infectieuses, le paludisme, la lèpre, la peste, la méningite, la trypanosomiase humaine africaine (THA), la bilharziose, la poliomyélite, la tuberculose, ainsi que la dengue, la fièvre jaune, les hépatites A, B, C et E, le SIDA et enfin la fièvre Ebola, retiendront notre attention.

Les pathologies liées au mode de vie et à l'allongement de la vie sont constituées d'un ensemble de maladies non transmissibles¹⁹ telles que les maladies cardio-vasculaires, l'hypertension artérielle, le cancer, le diabète, les maladies neuro-dégénératives. Etant des maladies liées au mode de vie, elles sont favorisées par des facteurs de risques comportementaux et alimentaires. Il s'agit, entre autres, de la consommation de tabac et d'alcool, du manque d'activités physiques et d'une mauvaise alimentation. Mais ce type de pathologie apparaît aussi avec le recul de l'âge de décès ; c'est le cas particulier des maladies neurodégénératives.

1.1.1 Du paludisme à la fièvre Ebola : des pathologies infectieuses dominant dans les pays africains

Les statistiques sur les maladies infectieuses et parasitaires montrent une forte prévalence dans le monde en développement, notamment en Afrique subsaharienne. Selon Maryse Gaimard (2008), malgré les progrès réalisés en Afrique subsaharienne, c'est dans ce continent que l'on enregistre les plus vastes zones de mortalité liées aux pathologies infectieuses et parasitaires.

- **Le paludisme**

Le paludisme est une maladie due à un parasite, le Plasmodium, qui se transmet à l'homme par les moustiques qui en sont porteurs. Selon le rapport 2013 de l'OMS, 207 millions de cas ont été enregistrés dans le monde en 2012, avec 627 000 décès. Ces chiffres sont à prendre avec réserve car il existe, sans nul doute, des milliers de cas non déclarés. Dans la plupart des pays en développement, le paludisme est une maladie courante qui se traite d'abord dans l'espace domestique. Les malades paludéens ne recourent pas toujours aux centres de santé,

¹⁹ www.who.int/thème de santé/maladies non transmissibles, consulté le 24 février 2014.

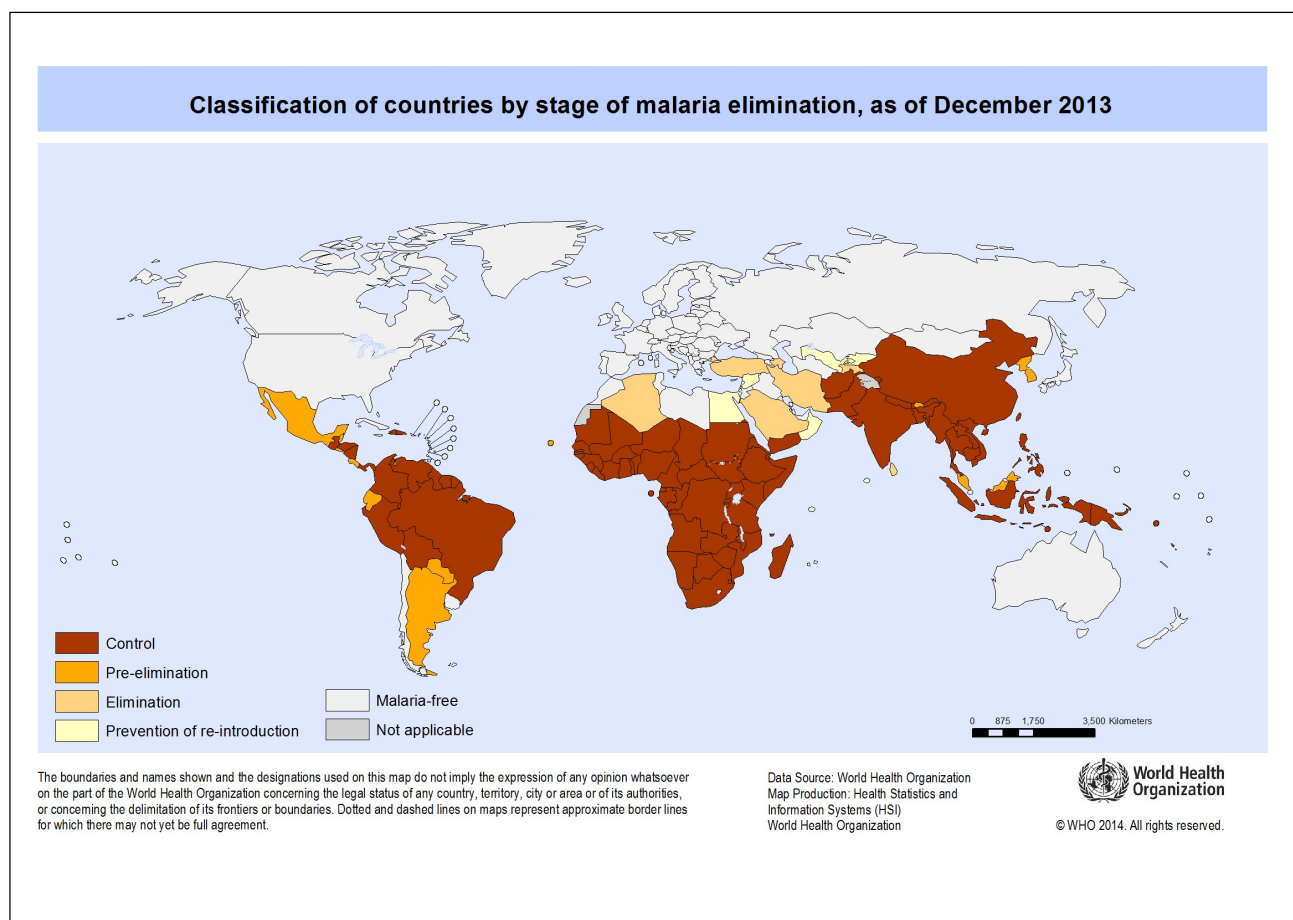
qui sont chargés de les enregistrer. Au Bénin, les cas rencontrés dans les centres de santé sont ceux de paludisme grave face auquel les tentatives thérapeutiques hors du système national de soin ont échoué (Houéto *et al.*, 2007). Ensuite, tous les pays ne font pas de notification, si bien que les statistiques publiées ne les prennent pas en compte (OMS, 2010). Il est difficile d'étudier la mortalité palustre en Afrique, notamment en milieu rural, en raison du manque de données démographiques et sanitaires (Duthé, 2008). Le Bénin, par exemple, ne semble pas avoir déclaré de cas de paludisme à l'OMS en 2011. En tout cas, les statistiques de ce pays ne figurent pas dans le document dédié aux statistiques sanitaires de 2013 publiées par l'OMS. Or, le paludisme est la première cause de mortalité des enfants de 0 à 5 ans dans le pays²⁰. Dans ces conditions, les cas déclarés à l'OMS sont largement en dessous de la réalité.

Les statistiques sur le paludisme en 2011 montrent clairement son inégale répartition dans le monde. Sur 23 826 496 malades déclarés à l'OMS, 20 168 253 vivent dans la « région africaine » et seulement 489 296 dans la « région des Amériques »²¹. Les données des Amériques cachent les disparités entre les pays du nord et ceux du sud. Le Canada et les Etats-Unis n'ont notifié aucun cas de paludisme, alors que le Brésil en a déclaré 267 045, et Haïti 32 048. C'est l'Afrique qui vient en tête avec plus de 84% du total mondial, largement devant l'Asie du Sud-Est qui n'en totalise que 9%. Par ailleurs, la plupart des décès dus au paludisme surviennent chez des enfants vivant en Afrique (Houéto *et al.*, 2007 ; Duthé, 2008). Dans ce continent, un enfant meurt du paludisme chaque minute, selon l'OMS. En 2011, c'est encore en Afrique que le taux de mortalité dû au paludisme est le plus élevé. La région enregistre 72 décès pour 100 000 habitants, soit plus de 30 fois la mortalité de l'Asie du Sud-Est (2,4 décès pour 100 000 habitants). La région des Amériques n'a déclaré que 0.2 décès pour 100 000 habitants. Toutefois, le rapport 2014 de l'OMS sur le paludisme constate une nette amélioration de la situation, notamment en Afrique. Ce qui se traduit par une diminution de 47% du nombre de décès dus à cette pathologie depuis 2000.

²⁰ Ministère de la santé publique, *Annuaire des statistiques sanitaires du Bénin*, 2013.

²¹ Nous reprenons les délimitations régionales de l'OMS.

Carte 1 : Classification des pays selon le stade d'élimination du paludisme dans le monde en décembre 2013



Source : OMS, http://www.who.int/gho/map_gallery/en/, téléchargée le 1 février 2015.

On peut tirer deux leçons de cette carte. D'une part, les pays d'Europe, d'Amérique du Nord, d'Asie du Nord et du Centre sont exempts du paludisme. D'autre part, les pays d'Afrique, d'Asie du Sud-Est et d'Amérique du Sud, sont au stade de contrôle de la maladie. L'OMS n'a pas défini le terme « *control* ». On peut supposer, toutefois, qu'il renvoie à la capacité de mettre en œuvre des moyens de prévention et de traitement du paludisme. Ce terme montre aussi que ces régions sont encore touchées par cette pathologie.

- La lèpre

La lèpre est causée par un bacille à croissance lente appelé *Mycobacterium leprae*. En 2011 et à la fin du premier trimestre 2012, 181 941 cas de lèpre ont été déclarés dans le monde²². Aucun pays de la région européenne de l'OMS n'a notifié de cas. D'ailleurs, selon

²² www.who.int/thème de santé/lèpre.

l'organisation, les déclarations de cas de lèpre provenant de cette région les années antérieures étaient limitées à quelques rares cas. En revanche, les cas les plus nombreux sont notifiés dans les régions de l'Asie du sud-Est, des Amériques et de l'Afrique. L'Afrique vient en troisième position avec une prévalence de 0.37 pour 10 000 habitants, derrière l'Asie du Sud-Est avec 0.64 pour 10 000 habitants et les Amériques avec 0.40 pour 10 000 habitants. Il faut signaler tout de même que la prévalence globale en Amérique cache des disparités selon les pays. Les Etats-Unis d'Amérique n'ont déclaré que 173 cas de lèpre en 2011, pendant que le Brésil en a notifié 33 955.

- La peste

La peste est une maladie infectieuse dont l'agent pathogène est le bacille de Yersin, dont les rongeurs constituent l'hôte. Les pays européens en ont fait les frais, surtout au Moyen Âge et au XVIII^e siècle, et les esprits sont encore marqués par les épidémies de 1347 et 1348. Cette épidémie a alors fait perdre à l'Europe entre 30 et 40% de sa population. Si la peste est évoquée de nos jours en Occident comme un phénomène ayant marqué son histoire, elle continue de sévir dans des pays pauvres. La plupart des cas sont notifiés en Afrique²³. En 2001, la Zambie a répertorié 23 cas. En 2002, 16 cas ont été déclarés en Inde et 71 au Malawi. En juin 2003, l'Algérie a déclaré 10 cas de peste. En février 2005, la République Démocratique du Congo (RDC) a notifié 61 cas de décès pesteux à l'OMS. En mars de la même année, une équipe arrivée sur place a dénombré 54 cas suspects et 3 cas confirmés dans le même district de l'Uélé dans la province orientale du pays. D'autres cas de peste ont été encore notifiés en RDC en juin, octobre et novembre 2006. En 2012 encore, 131 cas de peste ont été déclarés en République Démocratique du Congo. Récemment, c'est Madagascar qui a déclaré le plus grand nombre de cas : 256 malades pesteux y ont été dénombrés. Une nouvelle flambée s'est déclenchée le 4 novembre 2014 ; au 16 du même mois, on dénombrait 119 cas confirmés, dont 40 mortels.

- La méningite

La méningite à méningocoques est une infection grave des fines membranes qui enveloppent le cerveau et la moelle épinière. Cette maladie sévit principalement dans la région que l'OMS a dénommée « la ceinture de la méningite ». Cette zone s'étend en Afrique subsaharienne, du Sénégal à l'ouest jusqu'à l'Ethiopie à l'est. La méningite sévit particulièrement en zone

²³ [www.who.int/thème de santé/ peste](http://www.who.int/thème_de_santé/peste), Bulletin d'information sur les flambées de peste.

sahélienne, en raison des épidémies répétitives auxquelles les jeunes de moins de 20 ans et les personnes vivant en communauté sont les plus exposés (Campagne, 2003). Au cours de l'épidémie de 2009, 14 pays africains ont déclaré un nombre total de cas suspectés s'élevant à 88 199, dont 5 352 décès. Selon les statistiques sanitaires de 2013 de l'OMS, 28 281 cas de méningite ont été déclarés dans la région africaine. C'est la République Démocratique du Congo (RDC) qui est la plus touchée avec 10 141 cas, suivie du Burkina Faso avec 6 957 cas, du Tchad avec 3 874, du Nigéria avec 1 206 cas, du Bénin avec 1 165 cas. Le Sénégal, le Soudan, le Togo et plusieurs autres pays de la sous-région ont aussi déclaré des cas de méningite en 2012.

- La trypanosomiase humaine africaine (THA)

La trypanosomiase humaine africaine (THA), ou maladie du sommeil, est transmise à l'homme par la piqûre de la mouche tsé-tsé. Cette mouche se retrouve exclusivement en Afrique. La trypanosomiase humaine est une maladie tropicale qui sévit exclusivement dans 36 pays d'Afrique subsaharienne. Selon l'OMS, les populations rurales de ces pays sont les plus vulnérables à cette maladie du fait de leur dépendance à l'agriculture, à la pêche et à l'élevage. Ces pays ont déclaré 6 743 cas en 2011 et 7 197 en 2012. Selon l'OMS toujours (2014), cette maladie est à son niveau le plus bas depuis 50 ans, avec moins de 10 000 cas en 2009.

- La poliomyélite

Parmi les maladies infectieuses qui affectent le continent africain, on peut évoquer la poliomyélite au vu des victimes recensées. Des personnes adultes subissent toute leur vie le handicap moteur causé par cette maladie. La poliomyélite est une infection virale très contagieuse qui touche principalement les enfants. Le virus, qui se transmet par l'eau ou des aliments contaminés, se multiplie dans l'intestin avant d'envahir le système nerveux. En 2012, c'est la région africaine de l'OMS qui a déclaré la majorité des cas : 168 cas de poliomyélite ont été notifiés, dont 130 au Nigéria. Les régions européenne et des Amériques n'ont répertorié aucun cas.

- La tuberculose

La tuberculose est aussi une maladie infectieuse, qui figure parmi les plus meurtrières au monde. Selon l'OMS (2013), elle se situe en deuxième position après le VIH SIDA en matière de mortalité. Due au bacille tuberculeux qui touche les poumons, elle se transmet par l'intermédiaire des personnes atteintes lors de l'expectoration de gouttelettes bronchiques. En 2012, 8,6 millions de personnes étaient atteintes de la tuberculose dans le monde et 1,3 million en sont mortes. La tuberculose est une maladie qui se retrouve dans toutes les régions du monde. Cependant, les régions pauvres sont les plus touchées. En 2012, la région d'Asie du Sud-Est est arrivée en tête avec 2 138 688 cas notifiés à l'OMS. Elle est suivie de la région africaine avec 1 367 193 cas. Par comparaison, la région européenne n'en a déclaré que 285 789 et celle des Amériques 218 328. Si l'Afrique vient en deuxième position, en ce qui concerne le nombre de cas, c'est elle qui enregistre le plus fort taux de mortalité. En 2011, elle a compté 262 morts tuberculeux pour 100 000 habitants, ce qui la place devant l'Asie du Sud Est, avec ses 189 décès pour 100 000 habitants. Enfin, l'Europe et les Amériques sont moins affectées, avec respectivement 42 et 28 décès pour 100 000 habitants.

- Les hépatites

Les hépatites constituent également des maladies virales courantes dans le monde. Il en existe cinq types, à savoir les hépatites A, B, C, D et E. Les hépatites A et E sont causées par l'ingestion d'eau et d'aliments contaminés. Par contre, les hépatites B, C et D sont transmises par les liquides biologiques des personnes infectées. Le taux de prévalence des hépatites est plus fort dans les pays en voie de développement. Selon l'OMS, l'hépatite A touche environ 90% des enfants avant l'âge de 10 ans dans les pays pauvres. Ce taux est très faible dans les pays développés²⁴.

L'hépatite B entraîne environ 600 000 morts chaque année dans le monde. C'est encore en Afrique subsaharienne que sa prévalence est la plus élevée. Selon l'OMS, la plupart des porteurs de ce virus sont contaminés au cours de leur enfance, et entre 5 et 10% évoluent vers la forme chronique. En Côte d'Ivoire, par exemple, la prévalence de l'hépatite B varie entre 14 et 15% dans la tranche d'âge de 12 à 34 ans, et est responsable de la plupart des cirrhoses et des cancers primitifs du foie en milieu hospitalier (Lohouès-Kouacou *et al.*,

²⁴ www.who.int/thème de santé/hépatites consulté le 24 février 2014.

2013). En Europe occidentale et en Amérique du nord, le taux de prévalence de cette hépatite est de moins de 1% de la population. En France, la prévalence de la maladie est encore la plus élevée au sein des populations d'origine africaine. En 2004, la prévalence de l'hépatite B, de 5,25%, au sein des populations nées en Afrique subsaharienne représentait 8 fois celle dans la population née en France (Pourette, Enel, 2014).

L'hépatite C touche tous les pays, mais les taux les plus élevés se retrouvent en Egypte (15%), au Pakistan (4,8%) et en Chine (3,2%) (OMS, 2013).

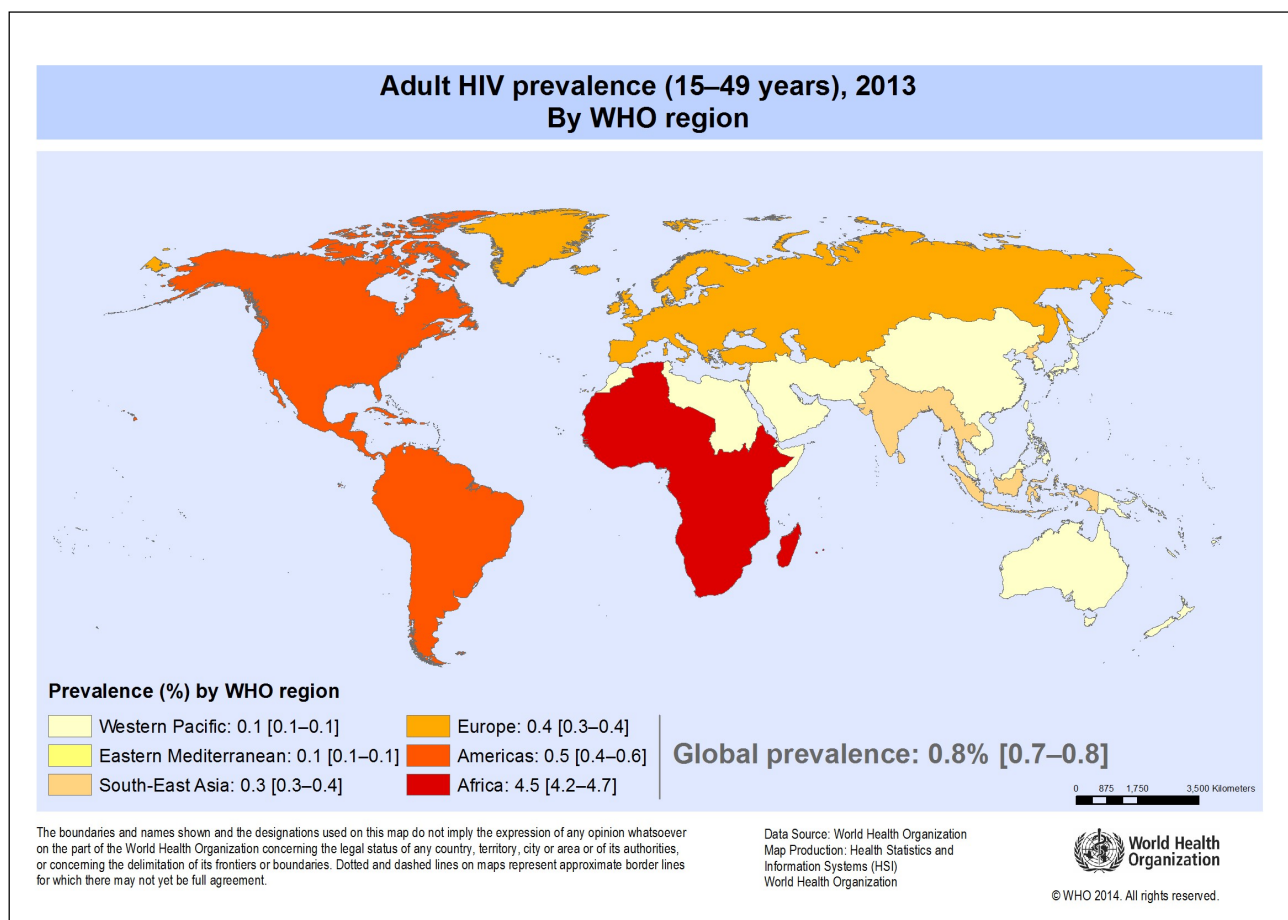
- Le VIH Sida

Le VIH Sida constitue sans doute la plus grande pandémie du XX^e et du début du XXI^e siècle. En 2012, il y avait, selon l'OMS, environ 35,3 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde. Ici encore, c'est l'Afrique subsaharienne qui est la plus touchée. Elle concentre, en effet, 69% des cas de séropositifs²⁵. Concrètement, l'Afrique subsaharienne compte plus de 24 millions de séropositifs, contre environ 2,2 millions pour l'Europe. En 2002, le Nigeria, avec ses 3,47 millions de personnes infectées par le VIH, occupait le troisième rang mondial pour le nombre d'adultes infectés, après l'Afrique du Sud (5 millions) et l'Inde (3,9 millions) (Oyefara, 2015). Ce dernier chiffre cache des disparités. Le taux de prévalence en Europe de l'Est est de 22 séropositifs pour 100 000 habitants, alors qu'il n'est que de 6,6 pour 100 000 habitants en Europe de l'Ouest. Le taux d'incidence²⁶ du Sida dans la région africaine en 2011 est de 205 pour 100 000 habitants. Ce taux n'est que de 19 dans la région européenne, de 16 dans la région des Amériques et de 12 dans la région de l'Asie du Sud-Est. C'est également dans la région africaine que le taux de mortalité lié au VIH Sida est le plus élevé. En 2011, il est de 139 décès pour 100 000 habitants, soit plus de 43 fois le taux enregistré en Europe, 18 fois celui des Amériques et plus de 15 fois celui de l'Asie du Sud-Est.

²⁵ www.who.int/thème de santé/Sida, consulté le 14 mars 2014.

²⁶ L'incidence mesure la fréquence de nouveaux cas de maladie survenus pendant une période donnée dans une population déterminée.

Carte 2 : Prévalence du VIH dans la population des 15-49 ans par région OMS en 2013



Source : OMS, http://www.who.int/gho/map_gallery/en/, téléchargée le 10 février 2015.

La prévalence moyenne du VIH dans la population des 15-49 ans est la plus forte en Afrique, avec 4,5%. Cette prévalence fait plus de 11 fois celle de l'Europe, 9 fois celle des Amériques et plus de 5 fois la moyenne mondiale.

- La maladie hémorragique à virus Ebola

Enfin, l'année 2014 a été marquée par le développement de la fièvre hémorragique à virus Ebola en Afrique de l'Ouest. Cette pathologie se transmet des animaux sauvages tels que la chauve-souris et les primates à l'homme, et se propage par contact interhumain. Le virus Ebola a occasionné ses premières flambées en 1976 au Soudan et en République démocratique du Congo, près de la rivière dont elle porte le nom²⁷. C'est une maladie

²⁷ www.who.int/thème de santé/fièvre hémorragique à virus Ebola.

mortelle dont le taux de létalité peut atteindre 90%. Le dernier bilan²⁸ de la maladie d’Ebola fait état de 7 989 morts sur un total de 20 381 cas enregistrés dans les trois pays les plus touchés. La Sierra Leone a enregistré au 31 décembre 2014, selon un bilan de l’OMS, près de 9 633 cas dont 2 827 décès ; le Liberia totalise au 28 décembre 2014, 8 018 cas dont 3 423 mortels ; et enfin en Guinée, 2 730 cas dont 1 739 mortels ont été enregistrés au 31 décembre 2014. L’épidémie à virus Ebola a également touché le Nigeria, et des cas ont été déclarés à Lagos et à Port Harcourt (Kalina, 2014). Les quelques rares cas enregistrés dans les pays développés sont des travailleurs ou des personnes ayant été infectés dans l’un ou l’autre des trois pays cités.

Ces différentes statistiques montrent bien que l’Afrique subsaharienne concentre les différentes maladies infectieuses et parasitaires. La plupart des maladies déjà éradiquées en Occident subsistent encore sur le continent. C’est le cas du paludisme qui a été éradiqué dans les années 1940 en Europe et dans les zones littorales de France métropolitaine, grâce à des pulvérisations massives (Duthé, 2008). Certaines comme la méningite et la trypanosomiase humaine africaine y sévissent exclusivement. Si certaines de ces affections existent aussi dans d’autres régions, leurs taux de mortalité sont encore plus élevés en Afrique. Le paludisme, la tuberculose, le Sida tuent plus en Afrique qu’en Europe, Asie du Sud-Est, Amériques, etc. Les maladies infectieuses et parasitaires sont redevenues la première cause de mortalité chez les enfants et les jeunes adultes dans le monde et les pays en voie de développement en paient le plus lourd tribut (Girard, 2000).

1.1.2 Des pathologies et la mortalité liées au mode de vie et à l’allongement de la vie : maladies des pays développés en Afrique subsaharienne ?

Etudier à présent la répartition géographique des maladies liées au mode de vie et à l’allongement de la vie nous permettra de mieux comprendre la place qu’elles occupent dans les pays africains, par rapport aux maladies infectieuses. En ce sens, nous proposons de déclinier les grandes tendances mondiales et de dégager la place de la région africaine dans la prévalence de ce type de pathologies.

L’amélioration des conditions de vie et de santé des populations des pays développés a favorisé l’élimination presque complète des maladies infectieuses que l’on retrouve encore dans les pays africains, asiatiques et latino-américains (Vaillant, Salem, 2008). Cela a pour

²⁸ « Ebola : tout ce qu’il faut savoir sur la maladie », publié le 7 octobre 2014 par *Le Parisien*, et consulté le 10 décembre 2014 sur www.leparisien.fr.

conséquence l'allongement de la vie. Dans ces conditions, on devrait s'attendre à ce que des pathologies que l'on estime être liées à l'allongement de la vie touchent plus particulièrement ces populations occidentales. Voyons ce qu'il en est du cancer, de l'hypertension artérielle, des maladies neuro-dégénératives et des accidents vasculaires cérébraux (AVC), pour comprendre leur répartition géographique.

Selon l'OMS²⁹, 30% des cancers au niveau mondial sont dus à cinq facteurs de risque comportementaux et alimentaires : un indice élevé de masse corporelle, le manque de consommation de fruits et légumes, le manque d'exercice physique, le tabagisme et la consommation de l'alcool. En 2012, près de 8,2 millions de personnes sont décédées d'un cancer dans le monde. Plus de 60% des nouveaux cas de cancer surviennent en Afrique, Asie, Amérique centrale et Amérique latine. Aujourd'hui, ces régions représentent 70% des décès par cancer dans le monde. On estime à 20% le pourcentage de décès par cancer dus à une infection virale, notamment de l'hépatite B et C. Cependant, le cancer est la deuxième cause de mortalité dans les pays développés après les maladies cardio-vasculaires. Les types de cancer les plus fréquents dans ces pays sont ceux de la prostate, du sein ou du colon, alors que ceux du foie, de l'estomac et du col de l'utérus touchent davantage les pays en développement (OMS, 2014). Même si la région du Pacifique occidental est la plus touchée avec 168 décès par cancer pour 100 000 habitants en 2008, suivie de la région européenne (166 pour 100 000 habitants), elle arrive en troisième position avec 147 décès pour 100 000 habitants, devant les Amériques (136), la Méditerranée occidentale (127) et l'Asie du Sud-Est (125 pour 100 000 habitants).

Les maladies cardio-vasculaires sont également liées au mode de vie. Les causes principales de ces affections sont le tabagisme, le manque d'exercice physique et une mauvaise alimentation. Les maladies cardio-vasculaires sont les premières causes de mortalité dans le monde. 17,3 millions de personnes environ sont décédées de ces pathologies, soit 30% de la mortalité mondiale totale (OMS, 2011). Les statistiques sur la mortalité liée aux maladies cardio-vasculaires et au diabète ne sont pas, non plus, en faveur de l'Afrique. En 2008, l'Afrique vient en deuxième position avec un taux de mortalité de 92 pour 100 000 habitants, après l'Asie du Sud-Est (109), alors que les Amériques et l'Europe n'enregistrent respectivement que des taux de 24 et 17 pour 100 000 habitants (OMS, 2011).

²⁹ www.who.int/thème de santé/ maladies non transmissibles, consulté le 10 décembre 2014.

On saisit, au vu des statistiques, que ces maladies courantes ne sont pas l'apanage des pays développés. Au contraire, non seulement elles touchent aussi les populations des pays africains, mais la mortalité y est encore plus élevée. L'écart de mortalité entre l'Europe et l'Afrique, par rapport au cancer, est de 9 points en défaveur de la seconde. La région africaine dépasse l'Europe de 75 points en matière de mortalité liée aux maladies cardio-vasculaires et au diabète (OMS, 2011). Aux maladies infectieuses et parasitaires dont le déclin était espéré en Afrique, se sont ajoutées celles non transmissibles (Ly, 2011). On le comprend, l'Afrique est dans une situation de cumul de pathologies infectieuses et parasitaires et de celles liées au mode de vie et à l'allongement de la vie.

1.1.3 Vers une relativisation de la transition épidémiologique en Afrique subsaharienne ?

C'est en 1971 qu'Abdel Omran a posé les bases théoriques de la « transition épidémiologique ». Selon lui, l'explosion démographique de la seconde moitié du XX^e siècle, due à une forte fécondité et à la réduction drastique de la mortalité, ne peut s'expliquer que par le « *processus massif de bouleversement des causes de décès* » (Picheral, 1989, p.130). Cela se traduit par la diminution de la mortalité infantile et l'augmentation de l'espérance de vie. Cette tendance est due à l'élimination et à l'éradication des maladies infectieuses et parasitaires qui constituaient la cause essentielle de la mortalité, et à l'émergence de nouvelles pathologies liées à l'allongement de la vie. Ces nouvelles pathologies révèlent l'augmentation de la durée de la vie, car les maladies infectieuses et parasitaires ne permettaient pas aux populations de vieillir pour connaître les pathologies qui surviennent à des âges plus avancés. La transition épidémiologique correspond, selon Omran, au deuxième stade d'un cycle en trois phases. La première phase est caractérisée par la prépondérance des maladies et de la mortalité liées aux maladies infectieuses et parasitaires ; la deuxième phase, c'est-à-dire la « transition épidémiologique », est marquée par la disparition progressive des maladies infectieuses et parasitaires et l'allongement de la durée de vie caractérisé par l'émergence de maladies dégénératives ; la troisième phase est, enfin, dominée par des maladies chroniques, cardio-vasculaires et neurodégénératives, et le recul de l'âge de décès (Omran, 1971).

Si les pays développés et certains pays en voie de développement ont traversé les trois phases de ce cycle (Picheral, 1989), il est difficile d'en dire autant des pays d'Afrique subsaharienne. Même si des efforts sont faits par les organismes internationaux, et les pays concernés eux-mêmes, en faveur de la lutte contre les maladies infectieuses et parasitaires, l'Afrique subsaharienne est encore située dans la première et la deuxième phase du cycle d'Omran.

Cette situation se traduit par le cumul de pathologies infectieuses et parasitaires et de celles liées à l'allongement de la vie. Les personnes âgées en Afrique connaissent des problèmes de santé liés aux maladies cardio-vasculaires, aux cancers et autres maladies chroniques de dégénérescence, en même temps qu'elles sont aussi victimes de maladies infectieuses et parasitaires (Duthé *et al.*, 2010). La transition épidémiologique ne peut pas être conçue de façon aussi linéaire pour l'Afrique subsaharienne. Car, on l'a vu, cette région n'a pas encore réussi à éradiquer les maladies infectieuses pendant qu'elle est confrontée à celles liées au mode de vie et à l'allongement de la durée de vie. L'Afrique subsaharienne fait face à ce que d'aucuns appellent une « *coexistence de pathologies* » (Prost, 2000, p. 160), ou un « *cumul épidémiologique* » (Dubresson, Raison, 2011, p. 98). La transition épidémiologique dans le contexte des pays développés a été favorisée par le développement économique et social. Or, celui-ci constitue encore un défi pour les pays africains. On comprend donc que la transition épidémiologique soit un marqueur des inégalités de niveau de vie entre les pays développés et ceux d'Afrique subsaharienne. Dans ces conditions, cette transition peine à s'opérer dans ces derniers du fait de la pauvreté généralisée, de l'urbanisation intense, mal maîtrisée et créatrice d'environnements propices à l'émergence de nouvelles pathologies et la résurgence d'anciennes (Girard, 2000).

1.2 Facteurs socio-économiques, politiques et culturels des maladies infectieuses et parasitaires en Afrique subsaharienne

La géographie des maladies infectieuses et parasitaires montre que ces dernières touchent plus les pays d'Afrique subsaharienne que les pays développés d'Europe occidentale et d'Amérique du Nord ; et même lorsque certaines de ces maladies surviennent aussi dans les pays industrialisés, la mortalité est plus élevée dans les pays africains.

Parmi les nombreux facteurs susceptibles d'expliquer la forte prévalence des maladies infectieuses et parasitaires en Afrique subsaharienne, nous en retiendrons deux groupes, à savoir, d'une part, les facteurs climatiques et, d'autre part, les facteurs socio-économiques, politiques et culturels. Les facteurs climatiques s'expliquent par le fait que les maladies infectieuses, et en particulier les affections parasitaires, sont plus nombreuses, plus fréquentes et plus graves en zone tropicale qu'en pays tempérés (Dabo *et al.*, 2015). D'autre part, les effets inégaux des maladies infectieuses et parasitaires sur l'ensemble des pays d'Afrique subsaharienne situés dans une même zone climatique laissent présager l'intervention d'autres facteurs qui sont d'ordre socio-économique, politique et culturel. Car « *les disparités spatiales*

de santé à l'échelle du monde comme à celle du canton ou du quartier reflètent crûment les disparités de niveaux de développement, les grandes structures sociales et territoriales des sociétés qui le composent » (Vaillant, Salem, 2008, p. 4).

1.2.1 Le rôle limité des facteurs climatiques dans le développement des pathologies infectieuses et parasitaires

Les maladies infectieuses et parasitaires sont transmises à l'homme de trois façons principales : soit directement d'homme à homme, soit par le biais de parasites ou enfin par l'action de vecteurs (Girard, 2000). Dans le cas de la transmission directe, l'agent pathogène infecte l'homme par la peau ou les muqueuses. La transmission par parasite peut se présenter sous deux formes. Il peut s'agir d'un ver qui a éventuellement une existence indépendante et qui opère une agression contre l'organisme humain. Mais le parasite peut aussi exister sous forme de larve et se développer une fois dans l'organisme humain. Enfin, dans le cas de la transmission par les vecteurs, ce sont des insectes véhiculeurs d'infection tels que les puces, les poux, les moustiques, etc., qui entrent en jeu. Certains vivent en parasite sur la peau, et d'autres agissent par piquûre, pompant le sang d'un organisme infecté avant de l'inoculer à un autre organisme sain ; d'autres encore sur des animaux, qui leur servent d'hôtes, et qui sont susceptibles de les transporter au loin (Siegfried, 1960, pp.42-44). Pour que la maladie se diffuse, il faut que le climat se prête à la survie du vecteur.

En effet, les vecteurs sont soumis aux effets du climat, qui peut empêcher ou favoriser leur développement au cours des saisons. C'est le cas des schistosomoses, plus fréquentes en zone tropicale du fait des conditions éco-climatiques (gîtes, chaleur et humidité) favorables au développement des micro-organismes dans le milieu extérieur ; de la présence des hôtes intermédiaires comme les mollusques, etc. (Dabo *et al*, 2015, p.177). C'est également l'exemple de la trypanosomiase africaine, causée par la piquûre de la mouche tsé-tsé, une espèce indigène africaine³⁰. Mais le froid est fatal à l'ensemble de ces vecteurs (Siegfried, 1960, p. 44). La propagation de la première pandémie du choléra a été arrêtée aux frontières de l'Europe par la vigueur de l'hiver russe de 1823 (Bourdelaïs, Dodin, 1987, p.35).

Cependant, les conditions climatiques ne suffisent pas à expliquer la diffusion des maladies infectieuses et parasitaires. Ce n'est pas parce que le vecteur d'une maladie existe dans une localité que la maladie qu'il porte en puissance va se diffuser forcément. Pour que cette diffusion soit possible, il faut que le vecteur rencontre des conditions favorables à son

³⁰ www.who.int/thème-de-santé/trypanosomiase-africaine, consulté le 10 décembre 2014.

développement et à la contamination de l'homme. Le paludisme existe de façon endémique en Afrique. Mais, pour que la maladie sévisse, il faut que le moustique trouve des conditions favorables à sa multiplication. En effet, le moustique pond ses œufs et se multiplie dans des conditions insalubres, dans des eaux stagnantes, des marécages et autres gîtes comme les déchets ou les boîtes de conserve qui retiennent de l'eau. Enfin, il faut qu'il pique une personne pour lui inoculer le plasmodium. D'ailleurs, l'une des stratégies de prévention de cette maladie est la lutte anti-vectorielle. Par ailleurs, la trypanosomiose humaine africaine est une maladie tropicale transmise par la mouche tsé-tsé. Il faut que cette mouche se multiplie et pique l'homme pour la lui transmettre. La bilharziose intestinale est transmise par la consommation d'eau souillée car les schistosomoses se développent dans des points d'eau. Il faut boire une telle eau pour être contaminé. Dabo *et al.* (2015) ajoutent d'ailleurs aux conditions éco-climatiques, la promiscuité des réservoirs du parasite et le faible niveau de vie des populations, comme facteurs de diffusion des schistosomoses. Le processus est le même pour l'hépatite A, transmise par l'eau et les aliments consommés qui sont contaminés³¹. La méningite se transmet de personne à personne par des gouttelettes de sécrétions respiratoires ou pharyngées. Enfin, le choléra se transmet par de l'eau ou de la nourriture souillée par le vibron et consommée par l'homme. Pour être malade, il faut donc être en contact des vecteurs de ces maladies ou ingérer des bactéries, des virus, etc. Si donc ces maladies sévissent et se diffusent en Afrique subsaharienne, c'est parce que leurs vecteurs y trouvent des conditions qui favorisent leur développement. Ce sont donc des facteurs socio-économiques, politiques et culturels qui constituent un terreau fertile à l'émergence et au développement des pathologies infectieuses et parasitaires. Cette fragilité socio-économique et politique est aggravée par l'urbanisation rapide et intense que connaît le continent.

1.2.2 Précarité et maladies infectieuses et parasitaires

Avant d'analyser le lien entre précarité et maladies infectieuses et parasitaires, il convient d'abord de définir le premier terme. Nous entendons par précarité la « *situation d'un individu en position de fragilité, de vulnérabilité et d'incertitude face à l'avenir* »³². La précarité traduit des conditions socio-économiques défavorables, et l'absence d'une possibilité de se projeter dans l'avenir. Sans formation, sans emploi, sans ressources financières, les

³¹ www.who.int/thème de santé/Hépatites, consulté le 10 décembre 2014.

³² *Lexique de sociologie*, 2010, p.254.

populations en situation de précarité sont sujettes à plusieurs aléas, face auxquels elles ont très peu de moyens d'action.

Les rapports (2011 et 2013) des Nations Unies sur les objectifs du Millénaire pour le développement font état de nombreux progrès enregistrés dans le monde depuis les années 2000. La proportion de populations vivant dans une extrême pauvreté a été réduite au plan mondial. De 47% en 1990, le pourcentage de personnes vivant avec moins de 1,25 dollar par jour est passé à 22% en 2010 dans les pays en développement. La cible concernant l'accès à des sources d'eau améliorée a été également atteinte. Des progrès ont été, par ailleurs, accomplis dans les domaines de l'éducation et de la santé. Toutefois, ces progrès cachent mal les inégalités entre les régions du monde, et révèlent des conditions socio-économiques encore précaires dans les pays d'Afrique au sud du Sahara.

Ces inégalités se traduisent par la place différentielle de maladies infectieuses et parasitaires que nous avons montrée plus haut. Les pays africains sont confrontés aux pathologies infectieuses et parasitaires plus que d'autres parties du monde parce que les populations vivent encore dans un contexte socio-économique et politique qui les favorise. Les premiers cas du VIH Sida ont été découverts dans les pays développés, mais la diffusion de la maladie est plus rapide dans les pays en développement. Ces derniers pays font face au faible pouvoir d'achat de leurs populations, à l'insuffisance de l'offre d'emplois, à la sous-alimentation et la malnutrition, à l'insuffisant accès à l'eau potable et à l'assainissement, au faible niveau de scolarisation des enfants et des femmes, aux rapports inégaux de genre, aux dysfonctionnements des systèmes de santé, etc.

Plus encore, si l'extrême pauvreté a globalement régressé dans les pays en développement entre 1990 et 2010, la situation en Afrique subsaharienne n'a pas suivi cette tendance. Au contraire, elle s'est aggravée. De 290 millions en 1990, le nombre de personnes vivant avec moins de 1,25 dollar par jour est passé à 414 millions en 2010 (ONU, 2013). Dans le continent, c'est presque la moitié de la population qui vit en dessous du seuil de pauvreté. Cela représente plus du tiers des personnes vivant dans la misère dans le monde. Cette situation n'est pas près d'être améliorée. Selon les projections de la Banque mondiale, l'Afrique subsaharienne comportera en 2015, environ 40% des personnes vivant avec moins de 1,25 dollar par jour dans les régions du monde en développement. L'Afrique compte,

enfin, 35 des 45 pays ayant les plus faibles indicateurs de développement humain (IDH)³³ dans le monde (Roch, 2003). Dans ces conditions, les populations africaines font face à la sous-alimentation, à la malnutrition, à l'insuffisant accès à l'eau potable et à l'assainissement, le tout aggravé par le faible niveau de scolarisation, notamment des femmes.

La sous-alimentation est une notion qui permet de « *décrire les personnes dont la consommation alimentaire leur fournit un apport de calories (énergie) en deçà du minimum requis pour une vie active* »³⁴. Selon l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO, 2015), sur 795 millions de personnes souffrant de la faim dans le monde, 98% vivent dans les pays en voie de développement. Les régions les plus développées en comptent moins de 2%. Dans les pays en voie de développement, la prévalence de la sous-alimentation est estimée à 12,9% de la population. L'Afrique subsaharienne concentre 227 millions de personnes souffrant de la faim, soit 28% du total mondial. Cette sous-alimentation touche également des enfants de 0 à 5 ans.

La diversité de « situations de risque alimentaire » que connaît l'Afrique subsaharienne tient à un décalage aussi bien quantitatif que qualitatif entre besoins et ressources (Janin, 2010). Cela se manifeste par des crises alimentaires de deux types. Le premier est lié à la crise de subsistance qui frappe notamment les populations rurales dont les récoltes céréalières sont amoindries par la sécheresse, les attaques de criquets, l'épuisement des sols et la pauvreté. Le deuxième type, plus complexe et moins rural, est difficile à appréhender. Il résulte en partie des difficultés économiques et sociales auxquelles les individus et les familles sont confrontés en situations de chômage, d'endettement, de manque de capital, etc. Dans ces conditions, les populations vulnérables ne comptent que sur leurs proches, eux-mêmes précarisés, et les assistances extérieures qui restent très limitées.

De ces deux types de crises alimentaires, peuvent découler plusieurs catégories de victimes. Henri Rouillé d'Orfeuil (2009) établit une typologie de victimes de la faim ou de la sous-alimentation, en partant du postulat du lien entre production et sous-alimentation. Il s'agit d'abord de victimes de catastrophes naturelles ou de conflits, comme l'invasion acridienne pour le cas du Niger en 2005 (Tidjani, 2008), qui détruisent les facteurs de production et les circuits d'approvisionnement des biens alimentaires. Dans ces conditions, les prix partent en hausse. Ensuite, il y a les urbains pauvres dont la faible solvabilité ne permet pas d'affronter

³³ L'IDH est un indice composite de développement axé sur les personnes et leurs capacités comme critère d'évaluation du développement. Il comporte trois dimensions : l'espérance de vie à la naissance, le niveau d'éducation et le revenu national brut par habitant (RNB).

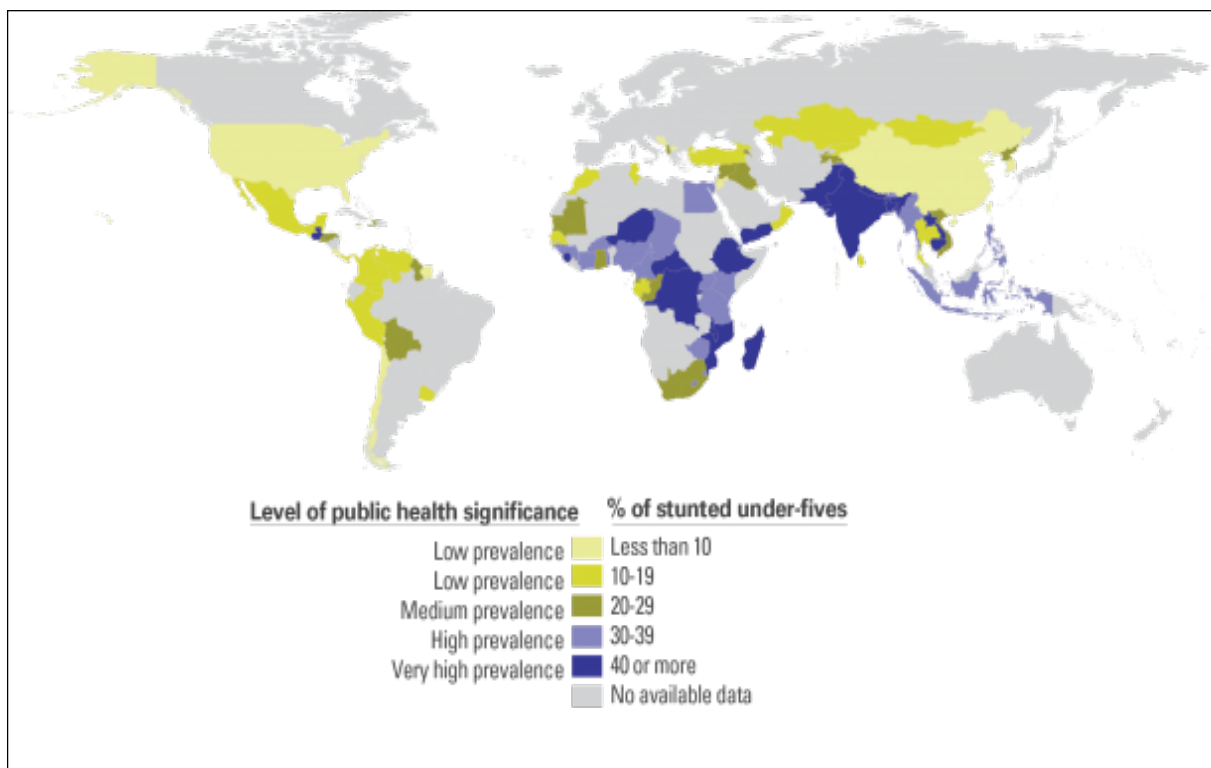
³⁴ Programme Alimentaire Mondial (PAM), <http://fr.wfp.org/faim/faq>, consulté le 10 décembre 2014.

les hausses de prix. Cette deuxième catégorie est proche de celle des pauvres extrêmes en situation d'exclusion ou d'insolvabilité. Enfin, on retrouve les paysans pauvres qui n'ont plus la capacité de produire leur propre nourriture.

La sous-alimentation a un lien avec la survenue des maladies et la mortalité. Cette situation s'observe aussi bien chez les enfants que chez les adultes. Les enfants affaiblis par la sous-nutrition sont plus vulnérables aux maladies infantiles courantes telles que la pneumonie, la diarrhée, le paludisme et la rougeole, et ont un risque plus élevé d'en mourir. Selon le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), plus d'un tiers des décès d'enfants de moins de 5 ans dans le monde en 2012 sont dus à la malnutrition. La moitié des décès d'enfants de moins de 5 ans en Afrique subsaharienne et en Asie est attribuée à la malnutrition. Celle-ci renvoie à un manque d'apport en protéine, d'énergie et de micronutriments, et par des infections et maladies fréquentes³⁵ ; elle peut entraîner également un retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans. Ce retard de croissance est plus fréquent chez les ménages les plus pauvres, et sa prévalence chez les enfants de moins de 5 ans est la plus élevée en Asie du sud et en Afrique subsaharienne, représentant respectivement 31 et 21% en 2011. Cette année-là, 30 millions d'enfants étaient en situation d'insuffisance pondérale en Afrique subsaharienne. Dans certains pays de ces deux régions, le retard de croissance serait de plus de 40% des enfants de cette tranche d'âge. Pour les adultes, l'effet de la sous-alimentation est aussi évident. Des corps affaiblis du fait des carences alimentaires et nutritionnelles se défendent mal face à l'agression de facteurs extérieurs. Le risque de mortalité est aussi élevé chez des personnes adultes mal nourries. La faim ou les multiples formes de malnutrition constituent les grands déterminants de la santé des populations dans les pays pauvres (Vaillant, Salem, 2008, p.7).

³⁵ *Idem.*

Carte 3 : Répartition de la prévalence de la malnutrition dans le monde en 2014



Source : <http://data.unicef.org/nutrition/malnutrition>, téléchargée le 15 février 2015

Cette carte fournit une représentation visuelle assez éloquentes sur les inégalités face à la prévalence de la malnutrition dans le monde. Le continent indien, quelques pays de l'Asie du Sud-Est et l'Afrique subsaharienne présentent la prévalence la plus forte, équivalant à au moins 40% des enfants de 0 à 5 ans.

L'accès à l'eau potable est inégal entre les régions du monde, avec une forte disparité en défaveur des pays africains. Selon l'OMS (citée par Vaillant, Salem, 2008, p.10), l'accès à l'eau revient à disposer d'au moins 20 litres par personne par jour à partir d'une source située à moins d'un kilomètre du domicile. Le rapport 2012 sur les progrès en matière d'assainissement et d'alimentation en eau de cette organisation souligne que 11% de la population mondiale, soit 768 millions d'individus, n'ont pas accès à l'eau potable en 2011. La région européenne est la mieux lotie avec 98% de sa population qui a accès à une source améliorée d'eau potable, suivie des Amériques avec 96%, contre 64% dans la région africaine. En d'autres termes, environ 36% des populations d'Afrique subsaharienne n'ont pas

accès à l'eau potable, alors que ce pourcentage n'est que de 4% et 2% environ, respectivement en Amériques et dans la région européenne. Les données obtenues pour les Amériques et la région européenne cachent aussi une disparité entre pays riches et pays plus défavorisés sur ces deux continents. En réalité, le pourcentage de personnes n'ayant pas accès à l'eau potable dans les pays développés d'Europe occidentale et d'Amérique du Nord, tourne autour de 1%. En tout état de cause, c'est l'Afrique subsaharienne qui ressort en termes d'insuffisant accès à l'eau potable, devant l'Asie du Sud-Est, dont le pourcentage est de 11% ; viennent ensuite l'Asie du Sud avec 10% et l'Asie de l'Est et l'Afrique du nord avec 8%.

Les difficultés d'accès à l'eau potable en Afrique se manifestent par la pénurie. Annabelle Houdret (2005) établit un lien entre pauvreté, environnement et pénurie d'eau. Elle montre, à partir d'une analyse géographique, que la grande majorité des pays pauvres est située dans les régions où l'eau est insuffisante, car ceux-ci font face à la sécheresse et à l'évaporation d'une grande partie des eaux. Ainsi assiste-t-on à l'augmentation de la demande liée à la croissance des centres urbains, à l'extension de l'agriculture irriguée et de l'industrie, qui se heurte à une offre déclinante, due à la surexploitation et aux effets du changement climatique. Les zones de pauvreté hydraulique et économique sont également affectées par la baisse de la production agricole et, par conséquent, par la crise alimentaire.

L'assainissement constitue également un défi majeur dans le monde et particulièrement pour les pays africains. En 2011, environ 64% de la population mondiale utilisaient des installations d'assainissement améliorées, ce qui signifie que 36% n'y avaient pas encore accès (OMS, 2012). En 2015, la cible des Objectifs du millénaire pour le développement relative à l'assainissement n'a pas été atteinte. Cette cible prévoyait de faire passer de 51% à 25% entre 2000 et 2015 la proportion de personnes n'ayant pas accès à des services d'assainissement de base. A la date butoir, si 68% de la population mondiale y a accès, ce service reste encore inaccessible 32% des habitants de la terre (ONU, 2015). Le plus faible pourcentage (34%) de la population utilisant un assainissement amélioré se situe dans la région africaine en 2011. La région africaine est la moins bien lotie parmi les six régions de l'OMS. Cette moyenne cache la situation défavorable de certains pays. Le Burkina Faso a un pourcentage de 18%, la Sierra Leone 13%, la République Unie de Tanzanie 12%, Madagascar 14%, etc. Les pourcentages les plus élevés se situent, comme on pouvait s'y attendre, dans les régions européenne (92%) et des Amériques (89%). L'Afrique est la dernière et vient après l'Asie du Sud-Est (44%) (OMS, 2012).

Les conséquences d'un tel déficit en eau potable et en assainissement sont lourdes dans les pays africains. Les matières fécales sont exposées à l'air libre et sur les dépotoirs d'ordures. Elles sont également déversées dans les cours d'eau qui traversent les différentes agglomérations. C'est pourquoi les maladies liées au péril hydro-fécal, telles que le choléra, resurgissent dans ces pays. Plusieurs maladies infectieuses et parasitaires sont aussi la conséquence de l'accès insuffisant à l'eau potable et à l'assainissement. C'est le cas du paludisme, de la poliomyélite, des hépatites A et E, etc. La défécation à l'air libre et le manque d'eau fiable contribuent à 88% des décès dus aux maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de 5 ans dans le monde (Vaillant, Salem, 2008, p.10).

Par ailleurs, le faible niveau de scolarisation des enfants et d'instruction des femmes constitue encore un défi majeur pour l'Afrique subsaharienne. Si, en 2011, plus de 57 millions d'enfants n'étaient pas scolarisés dans le monde, plus de la moitié vivaient en Afrique subsaharienne. Le progrès réalisé dans ce domaine a permis de passer d'un taux net de scolarisation de 60 à 77% entre 2000 et 2011. Cela montre néanmoins que 23% des enfants en âge d'être scolarisés ne le sont pas sur le continent. La pauvreté du ménage est un facteur déterminant de l'exclusion scolaire des enfants en âge scolarisable au primaire dans les pays en développement. Les résultats d'une enquête conduite dans 63 pays entre 2005 et 2011 soulignent que les enfants appartenant aux ménages les plus pauvres ont trois fois moins de chance d'être scolarisés que ceux issus de ménages favorisés (ONU, 2013). De plus, les filles courent un plus grand risque que les garçons de ne pas être scolarisées dans les groupes d'âge du primaire et du premier cycle du secondaire.

Or, la scolarisation des femmes a un effet bénéfique sur la santé infanto-juvénile. En plus du fait que des informations sur l'hygiène et la santé familiale peuvent être acquises dans le cadre scolaire (Vaillant, Salem, 2008, p. 8), la scolarisation des femmes favorise leur accès aux divers canaux de sensibilisation et de prévention des maladies. Les messages de sensibilisation sont diffusés dans les langues officielles des pays concernés, et leur maîtrise permet d'éviter les « *mésinterprétations dues à des erreurs de traduction* » (Tsafack Temah, 2009, p. 81). L'avantage de la scolarisation des femmes a même été reconnu par l'UNICEF (2013). Selon cette organisation, le niveau de scolarisation des femmes influe sur la santé de l'enfant. En effet, la modification des comportements des ménages, en ce qui concerne la santé et la reproduction, est plus facile lorsque les femmes sont éduquées (Hugon, 2008). Les effets de la scolarisation sont perceptibles notamment sur l'âge de la première naissance, l'âge du mariage et l'emploi des contraceptifs. Avec un niveau scolaire plus élevé, elles prennent

mieux soin des jeunes enfants en appliquant les mesures préventives des maladies infantiles. Elles font vacciner les enfants, veillent à l'hygiène et à la salubrité du cadre de vie et réduisent ainsi le risque de mortalité infantile. En 1998, au Togo, les enfants dont la mère n'est pas instruite courent plus le risque d'un décès avant leur premier anniversaire que ceux dont les mères ont un niveau d'instruction secondaire ou plus (Koffi-Tession *et al.*, 2008). Au Nigéria, en 2009, la mortalité infanto-juvénile était de 53‰ chez les mères diplômées de l'enseignement supérieur et de 157‰ chez les enfants de mères non scolarisées (Dubresson *et al.*, 2011). Dans ces conditions, la mortalité infantile élevée sur le continent peut être aussi liée au faible niveau de scolarisation des femmes.

1.2.3 Une forte mortalité due aux dysfonctionnements des systèmes de santé

Les maladies infectieuses et parasitaires sont à l'origine d'une forte mortalité dans les pays d'Afrique subsaharienne. Par exemple, au Togo, le taux élevé de mortalité infantile et juvénile est attribué aux maladies infectieuses et parasitaires, parmi lesquelles on peut citer le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, les maladies par carences nutritionnelles, etc. (Koffi-Tession *et al.*, 2008, pp. 253-254). Cette forte mortalité a un lien avec les dysfonctionnements des systèmes de santé des pays d'Afrique subsaharienne. Il faut entendre par système de santé, l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources visant à améliorer la santé des populations³⁶. Ces dysfonctionnements se traduisent par l'absence d'un système assurantiel, les disparités spatiales dans la répartition des infrastructures, l'insuffisance de personnels qualifiés, le déficit du financement du secteur de la santé, etc.

En effet, en l'absence d'un système assurantiel, une frange des populations africaines demeure exclue de certains soins de santé. L'élévation des coûts de services et de soins de santé dissuade des populations caractérisées par un faible pouvoir d'achat. Au lieu de se rendre au centre de santé, des populations préfèrent recourir à l'automédication ou aux thérapies traditionnelles à moindre coût, qui ne garantissent pas toujours la guérison. De fortes inégalités existent dans l'accès à certains soins, notamment liés aux maladies infectieuses chroniques. Si des efforts considérables sont faits par les organisations internationales et les pays africains eux-mêmes pour faciliter l'accès à la trithérapie de médicaments antirétroviraux (ARV) aux personnes vivant avec le VIH Sida, ces traitements sont encore inaccessibles à certains des groupes les plus exposés à l'infection (Tsafack

³⁶ OMS, www.who.int/thème de santé/ système de santé, consulté le 10 décembre 2014.

Temah, 2009, p.75). Dans la même veine, des soins relatifs à la prise en charge d'autres maladies virales, telles que les hépatites, coûtent encore très cher³⁷, et semblent accessibles seulement aux personnes les plus favorisées. En France, le traitement de l'hépatite B est pris en charge à 100% par la sécurité sociale, alors qu'en Côte d'Ivoire il est à la charge des patients, et la grande majorité de ceux-ci ne disposent pas d'assurance (Pourette, Enel, 2014).

Il existe également une disparité spatiale dans la répartition des infrastructures et des services de santé dans les pays pauvres (Vaillant, Salem, 2008, p.14). Des régions reculées et rurales sont mal desservies, et l'on peut s'interroger sur leurs capacités à faire face aux maladies. Les populations rurales ne disposent que d'un nombre limité de centres de santé susceptibles d'administrer des soins de santé primaires.

En outre, le personnel hospitalier qualifié est insuffisant dans les pays d'Afrique subsaharienne (Vaillant, Salem, 2008). En 2009, selon l'OMS, le nombre moyen de médecins n'était que de 2,3 pour 10 000 habitants. Ce chiffre est inférieur à la moyenne mondiale établie à 14. Le nombre moyen de sages-femmes était de 10,9 pour 10 000 habitants, ce qui correspond à moins de la moitié de la moyenne mondiale de 29,7. Ces déficits sont favorisés par l'émigration massive de ces personnels, vers les pays du nord en l'occurrence. Car 28% des médecins et 11% des infirmiers nés en Afrique exercent en dehors de leur pays de naissance (Dubresson *et al.*, 2011, pp. 101-103).

Par ailleurs, le financement du secteur de la santé par les gouvernements nationaux et les partenaires au développement reste encore insuffisant. 32 pays africains sur 53 consacrent moins de 20 dollars par habitant et par an aux dépenses de santé publique, alors que l'OMS recommande au minimum 40 dollars (Dubresson *et al.*, 2011). Aussi, bien que la priorité aux besoins sanitaires des pauvres soit reconnue par plusieurs institutions internationales dans les engagements d'aide publique au développement, l'adoption d'un nouveau régime depuis les années 2000 a relégué au second plan le financement des systèmes de santé. En effet, la prise en compte de maladies infectieuses comme une menace à la sécurité internationale, notamment la crainte du bioterrorisme, qui pourrait recourir à des maladies infectieuses comme le Sida, la tuberculose et le paludisme, et les transformer en arme biologique contre les pays développés, a mobilisé les bailleurs de fonds et orienté leurs engagements vers le financement de la lutte contre ce type de pathologies (Barry, 2013, p. 14). En conséquence,

³⁷ Par exemple, le traitement par antiviral coûte 480 euros environ par mois en France. En Côte d'Ivoire, l'injection hebdomadaire d'Interféron Pégasys coûte 150 000 FCFA (230 €), soit 7 800 000 FCFA (12 000 €) pour 52 semaines (Pourette, Enel, 2014, p. 871).

les engagements financiers des bailleurs pour la lutte contre le Sida en Afrique sont passés de 5,5 du total de l'aide à la santé à 40% de 1996 à 2010, la lutte contre la tuberculose et le paludisme de 9 à 18%. A l'inverse, l'engagement pour le renforcement des systèmes de santé a chuté de 71 à 31% de l'aide à la santé sur la même période. Dans ces conditions, il est difficile pour ces pays de faire de grands investissements pour améliorer les systèmes de santé et rendre plus accessibles les soins de santé de qualité aux populations les plus démunies. Ces différents déterminants socio-économiques et politiques de la morbidité et de la mortalité liées aux pathologies infectieuses et parasitaires, sont exacerbés par des facteurs culturels.

1.2.4 La prévention des maladies infectieuses et parasitaires affrontée au contexte culturel des pays africains

La vulnérabilité des pays africains aux maladies infectieuses et parasitaires s'explique aussi par l'inefficacité des méthodes de prévention. En effet, celles-ci sont souvent difficiles à mettre en œuvre dans un contexte marqué par des représentations sociales, des croyances et des pratiques qui ignorent l'étiologie des pathologies (Augé, Herzlich, 1984). Pour comprendre comment ces représentations sociales et croyances influent sur la mise en pratique de ces moyens de prévention, nous allons prendre quelques cas : la vaccination des enfants et des adultes, l'utilisation de la moustiquaire imprégnée et l'utilisation du préservatif chez les personnes de 15 à 49 ans. Ensuite, nous mettrons en exergue l'attitude des populations.

Les représentations sociales constituent l'un des premiers freins aux activités de prévention des maladies en Afrique subsaharienne. Elles sont constituées d'un ensemble de croyances et d'idées reçues autour de l'étiologie des pathologies et d'éventuelles conséquences des méthodes préventives proposées. Les croyances doivent être entendues ici au sens durkheimien, c'est-à-dire comme des états de l'opinion³⁸. Si les croyances sont, avec les rites, au cœur du phénomène religieux³⁹, les idées reçues sont un ensemble d'informations acquises et transmises au cours des interactions quotidiennes. Au Bénin, Houéto *et al.* (2007, p. 366) relèvent une étiologie différenciée de la fièvre palustre chez les enfants dans un village du sud du pays. Des personnes interrogées par les auteurs estiment que la « *fièvre est... causée par le soleil* », alors que « *les agents de santé disent aux mères qu'elle est causée par les moustiques* ». Elles ajoutent que, quand la fièvre est simple, elle est d'origine naturelle, mais

³⁸ Alpe *et al.*, *Lexique de Sociologie*, 3ème édition, Dalloz, 2010, p. 67.

³⁹ *Idem.*

quand elle devient grave, « *il y a la main des personnes aux deux yeux* ». La fièvre grave serait donc, selon ces populations, causées par la sorcellerie.

Un grand nombre de maladies infectieuses et parasitaires peut être évité grâce à la vaccination des nouveau-nés, des jeunes enfants et des adultes⁴⁰. La vaccination apparaît en effet comme le moyen préventif le plus efficace contre la morbidité, les complications et la mortalité dues aux pathologies infectieuses chez les enfants (Douba *et al.*, 2015). Il existe dans les pays africains des programmes élargis de vaccination qui se chargent de mettre en œuvre un plan de prévention des maladies de l'enfant. Cependant, beaucoup de familles demeurent réticentes face à la vaccination. On peut évoquer le rejet⁴¹ du vaccin antipoliomyélitique dans le nord du Nigeria dans les années 2000, alors que ce pays, avec l'Afghanistan et le Pakistan, était l'un des trois où cette maladie était encore endémique. Dans plusieurs pays, des croyances populaires circulent contre des vaccins. Certains affirment que les vaccins rendent stériles, tandis que des leaders religieux les interdisent à leurs disciples. Cette réticence a été également notée au Togo à l'occasion de la campagne de vaccination des groupes à risque contre la grippe A H1N1 en avril 2010⁴². Certains bénéficiaires de ces campagnes avaient estimé que ce vaccin était nuisible à la santé humaine. En Côte d'Ivoire, au cours d'une enquête sur les connaissances et attitudes des leaders d'organisation de la société civile face à la vaccination de routine des enfants, 31,4% d'entre eux ont évoqué les rumeurs selon lesquelles le vaccin antitétanique serait assimilé à une méthode contraceptive à l'origine de la stérilité des femmes et des enfants (Yao *et al.*, 2014). Certains trouvaient suspecte la gratuité de la vaccination qui rendrait les enfants plus vulnérables aux pathologies.

La mise en œuvre des moyens de prévention du paludisme préconisés par l'OMS fait face à la réticence des populations dans de nombreux pays africains. L'un des moyens préventifs les plus utilisés de nos jours est la moustiquaire imprégnée d'insecticide. Entre 2005 et 2012, seulement 6% des enfants de moins de 5 ans dormaient sous moustiquaire imprégnée au Congo. Ce taux est de 21% au Cameroun, 28% en Angola, 20% en Namibie, 49% au Nigeria (OMS, 2014).

⁴⁰ OMS, www.who.int/thème de santé/vaccination, consulté le 25 octobre 2015.

⁴¹ Ce cas est évoqué par l'anthropologue Heidi Larson, dans un entretien avec Fiona Fleck, intitulé « Pour dissiper les doutes autour de la vaccination, il est essentiel de comprendre leur origine », pour le compte du *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/2/14-030214/fr>.

⁴² OMS, www.who.int/thème de santé/vaccination, consulté le 25 octobre 2015.

Cette sous-utilisation de la moustiquaire traduit parfois des contraintes auxquelles les populations sont confrontées dans leurs habitations. Maxime Drabo Koiné *et al.* (2014) analysent ainsi les pratiques de prévention antipaludiques dans les zones périurbaines de Ouagadougou. Ces zones, caractérisées par des habitations spontanées construites par leurs propriétaires eux-mêmes, sont confrontées aux difficultés financières de leurs habitants et à un déficit d'accès aux ouvrages d'assainissement. Ce sont donc des zones à risque paludique. Bien que la plupart connaissent les causes du paludisme et les méthodes préventives enseignées par les professionnels de santé, ces populations préfèrent l'utilisation des serpentins fumigènes aux moustiquaires imprégnées, car l'usage de celles-ci présente des contraintes. L'exiguïté des habitations, qui servent en même temps de lieu de cuisine, ne leur permet pas de laisser la moustiquaire attachée en permanence. Pour l'utiliser, ces populations doivent donc l'attacher au coucher et la détacher au lever. Cela constitue une contrainte qui les incite à préférer d'autres méthodes.

Enfin, la prévention du VIH Sida n'est pas encore aboutie dans les pays africains. On y observe une connaissance insuffisante de la maladie et l'utilisation très limitée du préservatif. L'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels à haut risque reste encore faible dans la région africaine entre 2005 et 2011. Selon l'OMS, le pourcentage de personnes adultes de 15 à 49 ans utilisant le préservatif est de 18% pour les hommes et 21% pour les femmes au Bénin. Au Burkina Faso, ce pourcentage est de 27% chez les hommes et 62% chez les femmes. Cette situation est encore plus alarmante dans d'autres pays comme le Burundi, avec seulement 14% d'hommes et 14% de femmes utilisent le préservatif lors des rapports à haut risque. En Côte d'Ivoire, ce pourcentage est de 38% pour les hommes et de 41% pour les femmes. Enfin, au Zimbabwe, seulement 33% des hommes et 48% des femmes utilisent le préservatif lors de tels rapports. Cette attitude peut s'expliquer dans certains cas par la représentation du Sida comme maladie causée par la sorcellerie (De Loenzien, 2002). Ainsi, le niveau d'utilisation du préservatif est très faible en Afrique subsaharienne, et cela est également en lien avec la forte prévalence du Sida.

Par ailleurs, la plus grande vulnérabilité des femmes, notamment face au VIH Sida, est aussi en lien avec l'inégalité des rapports de genre. En Afrique subsaharienne, les rapports de genre sont en défaveur des femmes. La société semble leur confier un rôle social limité à l'espace domestique. Cela constitue un frein à leur participation aux activités de prévention qui se déroulent dans l'espace public. Dans *Connaissances et attitudes face au VIH/SIDA*, Myriam de Loenzien (2002) montre que la forte exposition des femmes africaines au VIH Sida est liée

à leur statut et à leurs nombreuses fonctions dans la société. Selon elle, la division sexuelle du travail réserve à la femme des tâches domestiques, mais aussi celles qui consistent à aller chercher de l'eau et du bois. Les femmes aident aussi leur époux dans l'accomplissement des tâches dédiées aux hommes. Dans ces conditions, conclut-elle, elles sont victimes d'une surcharge de travail qui les empêche de prendre part aux séances de sensibilisation ou de participer à des réseaux susceptibles de leur apporter des informations sur cette maladie. En conséquence, elles sont moins informées sur la maladie et y sont plus exposées. Selon l'OMS, au Bénin, 35% des hommes et 16% des femmes de 15 à 49 ans ont une connaissance générale correcte du Sida. Ce taux est de 36% pour les premiers et de 31% pour les secondes au Burkina Faso ; de 47% et 45% au Burundi et enfin de 28% et de 18% en Côte d'Ivoire, respectivement pour les hommes et les femmes.

La position défavorable des femmes dans les rapports sociaux ne leur donne pas « *la possibilité de négocier les conditions dans lesquelles se déroulent les rapports sexuels, notamment l'utilisation des préservatifs, et ce même si la séropositivité du conjoint est établie* » (Tsafack Temah, 2009, p. 80). Cette position les pousse également vers la prostitution, qui leur apparaît comme la seule source de revenu, et les expose par la même occasion au VIH Sida.

1.3 L'urbanisation en Afrique subsaharienne et le développement des pathologies infectieuses et parasitaires

L'urbanisation peut s'entendre comme une concentration de populations dans la ville. Selon le *Lexique de sociologie*, l'urbanisation désigne « *à la fois l'accroissement du nombre et de la taille des villes et l'augmentation continue du pourcentage d'urbains dans la population totale* »⁴³. De 37,4% en 1970 et 41,2% en 1980, le taux d'urbanisation⁴⁴ à l'échelle mondiale a atteint les 50% en 2000. Selon les prévisions, 6 humains sur 10 vivront en ville en 2030. De 86 villes de plus d'un million d'habitants en 1950, le monde est passé à plus de 400 en 2002 et en comptera plus de 550 en 2015 (ONU, 2001, cité par Davis, 2006, pp. 6-7). Le nombre de mégapoles se multiplie aussi. En 1950, New York était l'une des rares villes de plus de 10 millions d'habitants dans le monde. En 2010, on en comptait près d'une vingtaine, avec comme chef de file Tokyo, qui concentre 27 millions d'habitants (Bangui, 2011). La grande majorité de la population mondiale vit en ville et ce processus va se poursuivre.

⁴³ Alpe et al., *Lexique de Sociologie, op. cit.*, p. 354.

⁴⁴ Pourcentage de personnes habitant les villes sur la population totale.

Les pays en voie de développement sont les plus concernés par ce que l'on appelle désormais l'« explosion urbaine » (Granotier, 1980). Sur les 20 plus grandes villes du monde, 17 sont situées dans les pays du sud, notamment en Asie et en Amérique latine. L'ensemble de la population urbaine de la Chine, de l'Inde et du Brésil équivaut à peu près à celle de l'Europe et de l'Amérique du Nord réunies (Davis, 2006, p. 8).

Si l'Europe et l'Amérique du Nord enregistrent les taux d'urbanisation les plus élevés, c'est en revanche dans le monde en développement que le taux de croissance urbaine⁴⁵ est le plus haut, avec, à la clef, la multiplication rapide du nombre de villes et de leurs populations. Le rapport du Programme des Nations unies pour les établissements urbains, souligne que les pays du Sud enregistrent 95% de la croissance urbaine mondiale (ONU, 2001, cité par Davis, 2006). Cette partie du monde accueille près de 5 millions de nouveaux citoyens chaque mois, contre 500 000 pour les pays développés. En Chine, urbanisée à 43% en 1993, le nombre de villes est passé de 140 en 1978 à 640 en 2006.

Les pays d'Afrique subsaharienne n'échappent pas à ce processus observé dans le monde en développement. De 5 à 6% entre 1950 et 1980, le taux annuel de croissance urbaine est d'environ 4% depuis 1990. Ce taux est plus élevé que celui enregistré dans les pays développés au XIX^e siècle (de l'ordre de 2,5 à 3%), qui plus est au cours de leur industrialisation. La population de l'Afrique subsaharienne a été multipliée par 5 entre 1950 et 2010, pendant que le nombre des citoyens a été multiplié par 15 à 16, passant de 20 à 323 millions (Dubresson, *et al.*, 2011, p. 144). Cependant, il faut noter une disparité de situation à l'échelle du continent et même des sous-régions. Les taux d'urbanisation et d'accroissement des populations urbaines sont variables d'une sous-région à une autre. En 2010, 42% des populations d'Afrique de l'Ouest vivaient en ville, contre 23,6% pour l'Afrique de l'Est, 43,1% pour l'Afrique centrale et 58,7% en Afrique australe. Cette dernière région était donc la plus urbanisée du continent, même si le taux d'accroissement de sa population urbaine était la plus faible avec 1,88% par an. C'est l'Afrique centrale qui a le taux d'accroissement de la population urbaine le plus fort avec 4,13% par an. Même à l'intérieur de chaque sous-région des disparités s'observent. Ainsi en Afrique de l'Ouest en 2010, le pourcentage de la population vivant dans des zones classées comme urbaines était le plus élevé au Cap Vert (61%) et le plus bas au Niger (17,1%), alors que le taux moyen était de 42% dans la sous-région (ONU-Habitat, 2010).

⁴⁵ Taux de croissance de la population urbaine.

Cette urbanisation n'est pas sans conséquences sur la santé. La concentration humaine dans les villes africaines a aggravé la pauvreté urbaine. Mesurée d'un point de vue monétaire, la pauvreté a vu son taux s'élever dans la plupart des villes des différents pays. Toutes villes confondues, le taux de pauvreté monétaire était, en 2000, de 22% au Cameroun, de 59% au Sénégal (Kessides, 2006, cité par Dubresson *et al.*, 2011, p. 157). Le rapport de l'Organisation des Nations Unies pour l'Habitat a également établi l'ampleur de la pauvreté monétaire dans des villes africaines. En effet, 70% des ménages de la capitale zambienne avaient un revenu inférieur au seuil de pauvreté en 2000. A Dakar, Bamako et Abidjan, 32% des citoyens seraient frappés d'extrême pauvreté avec moins d'un dollar par jour dans la même année (ONU-Habitat, 2010).

Cette pauvreté urbaine s'explique, en partie, par les mesures d'ajustement structurel des années 1980, ayant entraîné la privatisation des entreprises publiques et parapubliques et la suppression massive d'emplois salariés, avec pour corollaire la paupérisation des classes moyennes (Dubresson *et al.*, 2011). En Afrique subsaharienne, le taux moyen de chômage urbain serait passé, selon le Bureau International du Travail (BIT), de 10% en 1975, à 18% en 1990 et à 30% des actifs en 2000. Ainsi, des écarts importants de revenus existent entre les classes les plus favorisées et les groupes sociaux les plus démunis. Les villes africaines ont le plus fort coefficient de Gini⁴⁶ du monde (0,52), avec tout de même des disparités à l'intérieur du continent. Si cet indice est de 0,40 au Togo et en Ethiopie, il s'élève à 0,76 en Afrique du Sud (ONU-Habitat, 2010).

Ces écarts de revenus se traduisent par des inégalités socio-spatiales. Les groupes sociaux les plus démunis se concentrent dans les quartiers les plus défavorisés des villes, dans lesquels les services urbains d'eau, de ramassage d'ordures, de santé et même d'éducation n'existent presque pas. S'ils existent, ces services sont caractérisés par des défaillances. Par exemple, dans la ville de Pikine au Sénégal, le ramassage des déchets ménagers est très inégal, et peu assuré dans les « zones irrégulières » comme Médina Gounass et Bagdad, car mal desservies par les camions de ramassage faute de réseau routier (Salem, 1998). Dans ces conditions, des dépotoirs d'ordures sont constitués et alimentés quotidiennement par les résidents de ces quartiers défavorisés. Le *Daily Graphic*, un journal ghanéen, évoque des « décharges tentaculaires » dans la ville d'Accra au Ghana (Davis, 2006).

⁴⁶ L'indice de Gini permet de mesurer les écarts de revenu entre les groupes sociaux et les territoires.

L'évacuation des déchets dans les quartiers défavorisés relève souvent de pratiques rurales transposées en milieu urbain. Anne-Sophie Zoa atteste ce fait par l'exemple camerounais de la ville de Yaoundé. Selon elle, en effet, « *les citadins confrontés aux ordures sont pour la plupart les ruraux d'hier qui se débarrassaient de leurs déchets en les jetant dans un fumier situé dans leurs cases ou dans les champs entourant les habitations familiales comme on le voit en pays Bamiléké* » (Zoa, 1995, p. 19).

L'inexistence d'une couverture suffisante en eau potable des villes africaines entraîne des disparités d'accessibilité et l'utilisation d'une eau de qualité douteuse, porteuse de risque sanitaire. Au Burkina Faso, bien que 85% des populations des villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso aient accès à l'eau potable, 57% s'approvisionnent à une fontaine publique, car seulement 4.2% de la population disposent de robinet à domicile (Sikirou, 2008). Par contre, les autres villes du pays sont marquées par un plus faible accès. Seuls 56% de la population ont accès à l'eau potable et 40.2% s'approvisionnent dans les puits (Sikirou, 2008).

Etudiant l'exemple de la ville de Bangui, capitale de la République centrafricaine, Cyriaque-Rufin Nguimalet *et al.* (2005) montrent que la rareté de l'eau, qui s'exprime aujourd'hui par son insuffisance qualitative et sa qualité douteuse, date de la constitution du pays en 1889. Dans la période de 1993 à 2002, la quantité d'eau produite n'aurait pas dépassé 5 litres par habitant et par jour, et les quartiers périphériques sont sous-équipés en infrastructures de fourniture. Cette situation se traduit par une forte utilisation de l'eau polluée des puits traditionnels. Mais l'eau distribuée par le réseau est également de qualité douteuse. Les contrôles de l'eau du réseau vétuste en acier galvanisé, révèlent une dégradation de sa qualité physico-chimique et bactériologique. Dans ces conditions, des conflits naissent et opposent les usagers de l'eau à l'Etat et à la Société de l'eau, et se cristallisent autour de l'inadéquation des ouvrages hydrauliques, du faible accès au réseau d'adduction par plus des trois-quarts de la population urbaine et la récurrence des maladies d'origine hydrique.

L'accès à l'éducation reste encore inégalitaire en milieu urbain africain. Du fait des coûts de scolarité, des fournitures scolaires et autres dépenses liées à la scolarisation des enfants, les familles pauvres ont encore du mal à scolariser leurs enfants. Dans la ville de Ouagadougou au Burkina Faso, la forte discrimination dans l'accès à l'éducation se traduit par 18 points d'écart entre le taux net de scolarisation des enfants pauvres et celui des enfants non pauvres. Cet écart est de 24 points dans les autres villes du pays (Sikirou, 2008).

La situation des populations urbaines vivant dans des "taudis" est encore plus alarmante. Il faut entendre par "taudis" des habitations *« ne disposant pas d'au moins un approvisionnement en eau potable, ou d'assainissement amélioré, ou de logement en matériaux durables, ou dont la surface d'habitat est insuffisante par rapport au nombre de personnes logées »* (Vaillant, Salem, 2008, p.11). Selon le rapport 2010⁴⁷ sur l'état des villes africaines, la proportion de la population urbaine vivant dans des taudis est, en 2005, de 65,9 % au Mali, et de 38,1 % au Sénégal (ONU-Habitat, 2010). Ces chiffres sont encore favorables face à la situation au Tchad, en République Centrafricaine et en Ethiopie, où 80% des citadins logent dans des taudis la même année (Vaillant, Salem, 2008, p. 11).

En plus des taudis qui abritent une part importante des populations urbaines africaines, des bidonvilles se développent également dans les villes africaines. En effet, à la différence des premiers caractérisés par le manque de confort, la densité, l'insalubrité du logement et la précarité des matériaux de construction, les seconds sont souvent bâtis sur des espaces inconstructibles et des sites réputés dangereux, comme la berge des lagunes, les plages, les flancs de montagne, les décharges toxiques ou même les cimetières (Davis, 2006). A Caracas, au Venezuela, les bidonvilles qui abritent les deux tiers de la population de la ville sont érigés sur des versants instables et au fond des ravins profonds, autour de la vallée de Caracas soumise à une forte activité sismique. Pour Mike Davis (2006), *« les sites de ce genre sont la niche qu'occupe la pauvreté dans l'écologie de la ville, et les personnes très pauvres n'ont guère d'autre choix que de vivre en côtoyant la catastrophe »*.

Les conditions de vie précaires dans les taudis et les bidonvilles sont à l'origine de pratiques d'insalubrité nuisibles à la santé urbaine. A Nairobi, le bidonville Laini Saba, de Kiberia, avait, en 1998, dix latrines fonctionnelles pour 40 000 habitants ; Mathare 4A ne possédait que deux toilettes publiques pour 28 000 habitants. Dans ces conditions, des habitants utilisent la technique de « toilettes volantes » qui consiste à déféquer dans les sacs plastiques et à les jeter dans la rue (Davis, 2006).

La surcharge observée au niveau des latrines constitue la source de leur insalubrité, et porte le risque de contamination de l'eau par les matières fécales. Rasna Warah (*in* Davis, 2006, p. 146), décrit l'existence de risque hydro-fécal dans un bidonville de Nairobi, risque que côtoie une habitante chaque jour. Elle *« fait chaque matin un demi-kilomètre à pied pour acheter de l'eau. Elle utilise une latrine commune à fosse située à sa porte, qu'elle partage avec cent*

⁴⁷ ONU-Habitat, *Rapport sur l'état des villes africaines*, 2010.

voisins et sa maison empest des relents de son trop-plein. Elle fait constamment attention d'éviter toute contamination de l'eau qu'elle utilise pour la cuisine ou pour laver son linge... ».

Ces conditions environnementales des villes africaines constituent le foyer d'émergence de pathologies infectieuses et parasitaires. On observe une transition des risques infectieux, autrefois caractéristiques des milieux ruraux, vers des espaces urbains et péri-urbains. C'est l'exemple des schistosomoses dans le district urbain de Bamako, qui s'expriment grâce à la présence des gîtes en plein cœur des villes, la densité élevée des hôtes intermédiaires et la création de conditions favorables (Dabo *et al.*, 2015, p. 278).

Enfin, les disparités de situations socio-économiques, avec l'existence d'une pauvreté urbaine accentuée dans l'espace urbain africain se traduisent en inégalités face à la mort. En effet, même si les villes africaines avaient en ce qui concerne la mortalité un avantage par rapport aux milieux ruraux avant l'apparition de la pandémie de Sida, les inégalités face à la mort y étaient déjà fortes entre les catégories sociales, les quartiers et types d'habitat. Par exemple, en 1978, dans la ville d'Abidjan en Côte d'Ivoire, le taux de mortalité juvénile, de 117‰ dans les quartiers d'habitat précaire, était 58,5 fois supérieur à celui de 2‰ observé dans les quartiers de haut standing (Dubresson *et al.*, 2011, p.147).

Conclusion du chapitre

Les inégalités de santé entre pays développés et en développement, notamment d'Afrique subsaharienne, sont manifestes. Elles se traduisent par ce que Dubresson *et al.* (2011) appellent le « cumul épidémiologique » des pays en développement, face aux pathologies liées au mode de vie et à l'allongement de la durée de vie qui caractérisent les pays les plus avancés sur le plan socio-économique. Si la moitié des décès est liée aux maladies en lien avec le mode de vie et l'allongement de la vie dans les pays développés, en Afrique subsaharienne, 50% de la mortalité est attribuée aux maladies infectieuses et parasitaires. Ce type de pathologies survient et se propage dans les conditions socio-économiques, politiques et culturelles que nous venons d'exposer, dont il résulte une dégradation de l'environnement et du cadre de vie. L'insuffisant accès à l'eau potable et à l'assainissement favorise le développement et la propagation des risques infectieux. La sous-alimentation et la malnutrition contribuent à l'affaiblissement des corps et les rendent plus vulnérables. Les actions de prévention sont en butte aux représentations sociales et au faible niveau de

scolarisation des femmes. L'urbanisation accélérée constitue un facteur de concentration des populations pauvres dans les villes, dans des conditions socio-sanitaires dégradées. Enfin, les politiques de santé peinent à réduire les disparités d'accès aux infrastructures et aux soins, favorisant ainsi l'élévation des taux de mortalité liée aux maladies infectieuses et parasitaires. Ces pathologies sont éradiquées dans les pays développés parce que de tels facteurs y sont moins présents.

L'exemple du choléra, qui fera l'objet du deuxième chapitre, permettra de mieux comprendre l'évolution des conditions socio-économiques qui ont contribué à son éradication dans les pays développés, alors que celles-ci sont encore à l'origine d'épidémies répétitives sur le continent africain.

Chapitre 2

Les conditions socio-économiques et politiques du développement du choléra :
l'Afrique subsaharienne au regard de pays industrialisés

Nous avons montré dans le premier chapitre que la morbidité et la mortalité liées aux maladies infectieuses et parasitaires dans les pays d'Afrique subsaharienne se comprennent dans l'interaction entre des facteurs socio-économiques, politiques et culturels. Pour approfondir cette analyse, nous souhaitons à présent étudier le choléra comme exemple significatif de ces enjeux. Classiquement, on estime que l'humanité a connu sept pandémies de choléra, du début du XIX^e siècle à nos jours. La maladie est éradiquée depuis la cinquième pandémie dans les pays industrialisés, où elle a sévi tout au long du XIX^e siècle. Mais la septième pandémie, qui a cours actuellement dans le monde, s'est installée durablement dans les pays d'Afrique subsaharienne (Bourdelaïs, Dodin, 1987 ; Le Mée, 1998 ; Dedet, 2010, pp. 45-60). Cela suppose, d'une part, que le choléra a rencontré autrefois dans des pays industrialisés des conditions socio-économiques et politiques favorables à sa propagation, et, d'autre part, que sa maîtrise dans ces pays depuis la cinquième pandémie (Dedet, 2010, p. 52) est le résultat de progrès réalisés. Le développement actuel du choléra dans les pays d'Afrique subsaharienne témoigne de la persistance des facteurs qui le déterminent, et des difficultés du continent à le maîtriser. Ce chapitre vise à analyser les conditions socio-économiques et politiques du développement du choléra dans les pays industrialisés au XIX^e siècle, et en Afrique subsaharienne depuis les années 1970, ainsi que son inégale maîtrise. Pour ce faire, nous allons d'abord proposer une mise en perspective socio-historique autour des sept pandémies. Ensuite, nous étudierons les conditions socio-économiques et politiques dans lesquelles la maladie a touché les pays industrialisés, pour comprendre les similitudes avec celles qui la favorisent encore en Afrique. Enfin, nous montrerons comment son éradication au XIX^e siècle est le résultat de politiques que les gouvernants africains peinent à mettre en œuvre dans leurs pays respectifs.

2.1 De l'origine asiatique du choléra aux pandémies globales

L'humanité a subi sept pandémies de choléra, qui ont fait des victimes dans de nombreux pays. Mais la maladie a existé à l'état endémique dans l'Inde antique pendant des siècles avant de se propager dans le monde. Le choléra a pris naissance dans les deltas du Gange et du Brahmapoutre, qui correspondent au Bangladesh actuel et à la région indienne du Bengale (Dedet, 2010). En langue ancienne indienne, le sanskrit, le mot qui désignait le choléra est *visuchika*, que l'on retrouve dans le *Sushruta Samhita*, le texte fondateur de la médecine ayurvédique, écrit probablement au V^e siècle avant J.-C. (Dedet, 2010, p. 45). Des

descriptions des symptômes du choléra ont été retrouvées sur des tombeaux des officiers de l'armée tués par cette maladie à l'époque d'Alexandre le Grand (Bourdelaïs, Dodin, 1987, p. 8). Par ailleurs, des sacrifices de chèvres ont été organisés à l'endroit de la déesse *Markhai* pour endiguer les épidémies de choléra pendant des siècles. Selon les témoignages, il a même existé une pierre, symbole de la Déesse du choléra, à laquelle des cultes étaient voués. Les gens y allaient prier pour se faire épargner de cette maladie (Dedet, 2010, p. 45). Au XIX^e siècle, le choléra se répand à travers le monde, avec le développement des moyens de transport et les déplacements humains.

La première pandémie s'est développée sur l'ensemble du continent asiatique de 1817 à 1824. Resté confiné aux frontières de l'Inde durant plusieurs siècles, le choléra arrive au Bengale en 1817, traverse l'Asie et le Moyen-Orient et atteint la côte-est de l'Afrique à partir de 1823, puis la Russie et l'Europe. Cette dissémination était attribuée à la pénétration anglaise, avec l'installation depuis les XVII^e et XVIII^e siècles des comptoirs de la Compagnie Commerciale des Indes Orientales (Dedet, 2010, p. 47). Mais, à proprement parler, cette première pandémie n'a été qu'une épidémie spécifiquement asiatique.

La deuxième pandémie a eu plus d'ampleur. Partie du Bengale en 1826, elle parcourt plusieurs continents. De l'Asie, elle traverse l'Europe puis l'Atlantique Nord, atteint l'Amérique et l'Afrique du Nord et de l'Est. A la fin de l'année 1829, elle s'étend vers l'ouest et atteint la Mésopotamie et la Caspienne. Du Caucase, elle passe en Russie. Ce dernier pays joue le rôle de porte d'entrée vers l'Europe occidentale, par le biais de ses troupes venues à Varsovie, en Pologne. En deux ans, le choléra envahit toute l'Europe occidentale et atteint l'Amérique. Si cette deuxième pandémie a été meurtrière, avec par exemple plus de 18 000 morts en France en quelques semaines (Bourdelaïs, 1998), la troisième l'a été davantage.

La troisième pandémie trouve son origine, tout comme les deux premières, au Bengale en 1841. Elle emprunte un double itinéraire, vers l'est jusqu'aux Philippines et vers l'ouest jusqu'en Europe occidentale. Favorisée par le développement des moyens de transports aussi bien ferroviaires que maritimes, avec l'avènement de la machine à vapeur, cette pandémie s'est répandue en Asie, en Amérique du Nord dès 1848, puis en Amérique du Sud et en Afrique. En 1850, le transport maritime se faisait déjà avec de grands paquebots qui ont favorisé l'accroissement des passagers et la réduction des trajets. Des hommes de toutes conditions sociales étaient donc embarqués dans ces bateaux qui ont propagé la maladie dans toutes les parties du monde (Chantemesse, Borel, 1906). Des épidémies éclatent de nouveau

dans plusieurs capitales, aussi bien en Amérique qu'en Europe. En ce qui concerne la France, ce fut l'épidémie la plus meurtrière du XIX^e siècle avec plus de 150 000 morts (Bourdelaïs, Dodin, 1987). Cependant, la troisième pandémie n'a pas été que meurtrière. Elle a permis une avancée notable dans l'explication de la maladie du choléra, avec les découvertes du chirurgien anglais John Snow (Bourdelaïs, Dodin, 1987, p. 79). C'est aussi en 1854 que l'Italien Pacini découvrit le « *bacillus coma* », identifié comme le vibrion responsable du choléra.

La quatrième pandémie de choléra débute en 1863 avec comme source le Bengale. Elle se propage à toute l'Inde et s'étend à l'est vers la Chine et le Japon, à l'ouest vers le Proche et le Moyen-Orient. Elle envahit l'Afrique, l'Amérique du Nord et l'Amérique du Sud, ainsi que l'Europe. Cette dissémination a été favorisée par le canal de Suez, dont la construction et l'ouverture en 1869 ont, d'une part, amené un grand rassemblement de populations et, d'autre part, réduit la distance qui séparait ces différentes régions du monde. Cette pandémie s'est éteinte en 1875, et fait place à une nouvelle à partir de 1881 (Janny, 2004).

La cinquième pandémie de choléra trouve encore une fois son origine au Bengale en 1881 et se diffuse au reste du continent asiatique. Elle se propage en Afrique, en Europe et en Amérique. Seule l'Australie est épargnée. C'est au cours de cette pandémie que le vibrion cholérique est décrit par Robert Koch en 1889 lors de sa mission à Alexandrie en Egypte, puis à Calcutta en Inde. Des épidémies n'ont pas été enregistrées dans certains pays comme l'Angleterre et les Etats-Unis. Dans d'autres pays industrialisés où elles ont sévi, elles ont fait moins de victimes. C'est le cas de la France et de l'Italie, avec environ 5000 victimes (Bourdelaïs, 1987, p. 50). Les divers progrès scientifiques et hygiéniques ont protégé l'Europe occidentale et l'Amérique du Nord contre une sixième pandémie (Dedet, 2010, p. 54).

Partie de sa source originelle du Bengale en 1899, la sixième pandémie a connu une propagation limitée à certaines parties du monde, tout comme la première. Elle touche tout de même l'Asie, l'Europe orientale et l'Afrique du Nord. Elle n'atteint pas l'Europe de l'Ouest et l'Amérique du Nord, grâce, entre autres, aux mesures préventives adoptées.

La septième pandémie en cours diffère totalement des six précédentes pour deux raisons principales. D'abord, elle est due à un autre type de vibrion cholérique, le vibrion El Tor. Ensuite, ce nouveau vibrion s'est développé en dehors du foyer traditionnel du Bengale. La septième pandémie est partie des îles Célèbes et Moluques dans l'archipel indonésien, où le vibrion El Tor avait déjà été identifié en 1903 comme non pathogène, du fait de l'existence de

porteurs sains (Dedet, 2010). Tout au long de la Seconde Guerre mondiale, le choléra a semblé totalement disparaître⁴⁸. Cette « disparition » de la maladie avait d'ailleurs renforcé la croyance au caractère non pathogène du vibron El Tor jusqu'en 1961. Le développement du transport aérien a alors favorisé la propagation du vibron vers de nouvelles régions. Celui-ci a atteint l'Asie orientale en 1962, le Bangladesh et l'Inde en 1963, l'Afrique en 1970 (Dedet, 2010, p. 56).

⁴⁸ Cette disparition du choléra a été expliquée par le fait que les conflits empêchaient les échanges interhumains (Dedet, 2010, p. 56). Une telle explication n'est pas suffisante quand on sait le rôle joué précédemment par les opérations militaires, menées notamment en Inde par les troupes britanniques, dans la propagation du choléra lors de la première pandémie.

Tableau 1 : Synthèse des sept pandémies de choléra

Pandémies	Durée	Zones touchées	Moyen de transport	Evénements majeurs
1 ^{ère} pandémie	1817-1823	Océan Indien, Asie, Moyen-Orient, côte est Afrique	Troupes militaires britanniques	
2 ^{ème} pandémie	1829-1851	Océan Indien, Asie, Moyen-Orient, côte est Afrique, Europe et Amérique du nord	Voie maritime, troupes militaires	1832 : grandes épidémies de Paris, Londres, New York
3 ^{ème} pandémie	1852-1859	Océan Indien, Asie, Moyen-Orient, côte est Afrique, Europe et Amérique du nord, Amérique du sud	Voie maritime, Bateaux à vapeur	1854 : Description par Pacini du « <i>bacillus coma</i> », 1854 : Découverte de Snow, rôle central de l'eau dans la propagation
4 ^{ème} pandémie	1863-1879	Océan Indien, Asie, Moyen-Orient, côte est Afrique, Europe et Amérique du nord, Amérique du sud	Voie maritime, Canal de Suez	Rassemblement humain à l'occasion de la mise en service du canal de Suez
5 ^{ème} pandémie	1881-1896	Tous les continents sauf l'Australie	Voie maritime	1883 : Description du <i>vibrio cholerae</i> par R Koch
6 ^{ème} pandémie	1899-1923	Tous les continents sauf Europe et Amérique du Nord	Voie maritime, Troupes militaires	
7 ^{ème} pandémie	1961 à nos jours	Asie, Afrique, Amérique latine	Voie aérienne	

Source: Janny, 2004, complété par nous

Cette mise en perspective historique permet d'observer que le choléra est un indicateur de niveau socio-économique et des progrès scientifiques et hygiéniques. En effet, les différentes pandémies de cette maladie se sont manifestées dans diverses régions du monde caractérisées par la précarité des conditions socio-économiques et hygiéniques. Les deuxième, troisième, quatrième et cinquième pandémies ont atteint l'Europe et l'Amérique du Nord, et s'y sont

développées dans un contexte où les classes ouvrières étaient concentrées dans les grandes villes dans des conditions alarmantes (Lévy, 2012, p. 31). Ainsi, les régions marquées par la pauvreté et ayant enregistré moins de progrès socio-économiques et hygiéniques ont été touchées par toutes les pandémies. C'est le cas de l'Asie, de l'Afrique et de l'Amérique latine. C'est également dans ces régions du monde que la septième pandémie s'est durablement installée. En revanche, les progrès scientifiques et hygiéniques ont protégé l'Europe et l'Amérique du Nord contre la sixième pandémie. Comme nous le verrons, le choléra a favorisé dans ces deux dernières régions une prise de conscience face aux risques sanitaires liés à l'environnement urbain. Ainsi, la santé publique, portée par le courant hygiéniste, a mobilisé l'urbanisme à des fins sanitaires dans le contexte de la révolution industrielle (Lévy, 2012, p. 13). Les « Grands Travaux » d'Hausmann⁴⁹ entrepris entre 1853 et 1870 dans la ville de Paris en sont une illustration notable.

2.2 Le choléra au XIX^e siècle dans les pays industrialisés : entre conflits armés et précarité de conditions socio-sanitaires

Les pays industrialisés, tels que la France, la Grande-Bretagne, l'Allemagne, l'Italie, les Etats Unis, etc. sont touchés par le choléra pendant la deuxième pandémie, qui a débuté au Bengale dès 1826. L'introduction de cette pathologie et son développement dans ces pays sont favorisés, d'une part, par des conflits armés et, d'autre part, par la précarité des conditions de vie des populations urbaines.

2.2.1 Le rôle de la guerre et des troupes armées dans la diffusion du choléra

Les médecins et les services de commandement pendant la première guerre mondiale s'accordent sur le fait que dans toutes les guerres, les pathologies, infectieuses notamment, tuent plus que les blessures occasionnées par les affrontements entre armées (Rasmussen, 2004). Ce consensus est d'autant plus établi en 1914 que les victimes des guerres précédentes l'étaient en grande partie par des « fléaux morbides ». Par exemple, lors de la guerre de Crimée de 1854, sur 309 000 hommes engagés successivement dans les combats par la France, 95 000 sont morts, dont 75 000 de maladies et 20 000 de blessures. Cette réalité est favorisée non seulement par la dégradation des conditions socio-sanitaires de guerre, mais aussi par l'usage d'armes biologiques, notamment pendant la Guerre de 1914-1918. En effet,

⁴⁹ Ce sont un ensemble d'actions de modernisation de la ville de Paris sous Napoléon III et le préfet Georges Eugène Haussmann. Cette modernisation concerne les domaines tels que l'adduction d'eau, la gestion des déchets, les égouts, le tracé des rues, la démolition des logements insalubres, etc.

la « *longue durée de la guerre, les immenses masses d'hommes accumulées sur des espaces restreints, le renouvellement constant des effectifs, la diversité des origines géographiques, le contact étroit des troupes et le danger permanent de contagion interhumaine, le déplacement des soldats, la contamination extrême et continue du sol par les déjections et les inhumations précipitées ou l'abandon des morts, la souillure des eaux d'alimentation du champ de bataille sur toute l'étendue du front, le pullulement des insectes, l'infection des plaies...* » (Rasmussen, 2004, p. 192) constituent entre autres les facteurs de dégradation de la santé pendant les conflits armés. Ils font le lit à la survenue d'épidémies multiples telles que le typhus, le choléra, la diphtérie, les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes, la méningite cérébro-spinale, les fièvres éruptives (scarlatine, rougeole, variole), la dysenterie, etc. Par ailleurs, le discours médical a dénoncé l'instrumentalisation par l'Allemagne des microbes contre les troupes françaises pendant la Première Guerre mondiale. Ce discours se fonde sur trois thèses. D'abord, pour les services de renseignement français, les germes qui sévissent dans la zone de l'armée française seraient d'origine allemande. C'est l'exemple du choléra et du typhus que l'Allemagne aurait importés de la Russie et d'autres pays orientaux, où elle recrutait ses soldats. Ensuite, l'Allemagne aurait entrepris l'intoxication des troupes par leur alcoolisation. Enfin, la thèse de l'usage de l'arme biologique par l'Allemagne est mise en avant, appuyée par le pastorisme qui avait démontré que l'éclosion des épidémies était liée à une attaque bactérienne (Rasmussen, 2004).

Le choléra fait partie des maladies épidémiques qui ont marqué l'histoire des guerres, et les troupes armées ont joué un rôle essentiel dans sa diffusion sur les champs de bataille. Elles contribuent, en effet, à l'introduction de la maladie en Europe occidentale par la Pologne en 1831, en provenance de la Russie. Même si l'importation du choléra en Grande-Bretagne la même année est favorisée par le commerce avec les ports russes de la Baltique, ce sont les troupes russes venues à Varsovie dans le cadre du conflit russo-polonais, qui ont disséminé la maladie dans la capitale polonaise (Bourdelaïs, Dodin, 1987). En 1831, la population de Varsovie s'insurge contre l'annonce, fausse, que l'armée polonaise est requise par la Russie pour combattre les révolutionnaires français et belges. Lorsque l'armée polonaise se joint à l'insurrection, la réaction de la Russie est immédiate. L'armée russe vient conduire à Varsovie une répression sanglante. Les troupes russes apportent avec elles le choléra et le dissémine lors de ce combat russo-polonais. Le choléra arrive ensuite à Paris par la Pologne.

Trois sources d'introduction du choléra en France sont évoquées (Bourdelaïs, Dodin, 1987,

p. 36). L'origine britannique du choléra français de 1832 est mise en avant, suite à une mortalité élevée observée dans certaines localités du Pas-de-Calais, qui entretenaient des relations commerciales de contrebande avec la Grande-Bretagne. En janvier et février 1832, plusieurs décès suspects se produisent également dans l'est de la France. Mais les premiers cas parisiens de choléra éclatent dans l'entourage des médecins revenus de mission en Pologne. Cette dernière source a marqué les esprits parisiens, quant au rôle des troupes russes dans l'introduction du choléra en Europe occidentale en général, et en France en particulier. La presse parisienne a d'ailleurs produit des caricatures, qui traduisent le sentiment d'une population française favorable aux Polonais et hostile à la Russie (Bourdelaïs, Dodin, 1987, p. 380).

Les troupes armées ont également contribué à la propagation du choléra pendant la guerre de Crimée de 1854, en pleine troisième pandémie. Depuis 1825, la Russie, en pleine expansion territoriale vers l'Empire Ottoman, occupe la Moldavie et la Valachie. En février 1854, la France et la Grande-Bretagne exigent son départ de ces deux principautés. La Russie ne réagit pas et, le 27 mars 1854, les troupes françaises et anglaises lui déclarent la guerre, alors que l'Europe occidentale était frappée par la troisième pandémie cholérique. Le choléra est transporté à cette guerre par des troupes depuis l'Europe occidentale. Le 20 mars 1854, les troupes françaises embarquent dans les ports de Marseille et de Toulon à destination de Gallipoli et de Varna. Elles laissent de nombreux malades cholériques derrière elles tout le long de leur parcours dans la Vallée du Rhône (Bourdelaïs, Dodin, 1998, p. 380). Des blessés de combats et les malades de choléra débarquent à Constantinople, contribuant à la marche de la maladie, après avoir contaminé les bataillons ennemis.

Si les troupes armées ont contribué à disséminer le choléra en Europe occidentale au XIX^e siècle, elles ont également joué ce même rôle à l'extérieur de ce continent. L'extension de la première pandémie sur l'ensemble du continent asiatique est attribuée aux opérations militaires britanniques (Dedet, 2010, p. 47). C'est à partir du XIX^e siècle que les troupes anglaises font leur apparition en Inde à l'occasion de la conquête du pays. Elles livrent également des combats contre l'Afghanistan, la Birmanie, le Népal, et leur victoire permet à la Compagnie des Indes Orientales de gagner le contrôle de toute l'Asie du Sud. A l'occasion de ces différents combats, ces troupes contribuent à propager le choléra à travers le continent asiatique. Durant la première moitié du XIX^e siècle, plus de 90% des décès enregistrés au sein

des troupes britanniques étaient dus aux maladies (Etemad, 2007, p. 15)⁵⁰. Les mêmes troupes anglaises présentes dans les Émirats du Golfe persique ont joué un rôle dans la propagation vers le Proche et le Moyen Orient et l'Afrique orientale.

Le rôle des troupes armées dans la propagation du choléra peut s'expliquer d'abord par leur mobilité. Ainsi, en parcourant diverses régions, elles sont susceptibles de séjourner dans des espaces où la maladie est endémique, et de la transporter vers d'autres foyers de conflits. On peut à cet égard penser que la présence continue des soldats britanniques en Inde et dans le continent asiatique (Etemad, 2007), foyer de la plupart des grandes pandémies de choléra, a joué un rôle dans la diffusion de la maladie vers la Grande-Bretagne à partir de la deuxième pandémie. De plus, la dégradation des conditions socio-sanitaires dans les pays en conflit constitue une source de développement du choléra.

2.2.2 Les conditions d'existence précaires des classes ouvrières et le choléra dans les villes industrielles au XIX^e siècle

Lorsque le choléra a atteint les pays industrialisés au XIX^e siècle, c'est dans les villes qu'il a trouvé les conditions les plus favorables à son développement. La maladie a sans doute eu des effets aussi dans les campagnes, mais la plupart des écrits disponibles sur le sujet mettent l'accent sur ses conséquences dans les grandes villes, et dans les quartiers défavorisés de celles-ci. Ces écrits établissent ainsi le lien entre conditions socio-économiques et choléra à Londres, à Paris, à Milan, à New York, etc.

L'épidémie de choléra qui touche Londres en 1831 occasionne près de 5500 morts (Bourdelaïs, 1987, p. 36). A l'occasion de l'épidémie de 1854 dans la même ville, les observations du chirurgien John Snow révèlent un effet plus marqué de la maladie sur le quartier défavorisé de Soho⁵¹. Ce quartier est symptomatique de la situation sociale et sanitaire délicate de la classe ouvrière du début du XIX^e siècle à Londres (Lévy, 2012, p. 31).

De même, Paris est atteinte par le choléra en 1832 et enregistre 18 402 morts exactement en « *six mois et six jours* » (Bourdelaïs, 1998, p. 380). Cette maladie touche inégalement les arrondissements de la ville, avec une géographie variable d'une épidémie à une autre. En 1832, les 9^e et 8^e arrondissements enregistrent les plus forts taux de mortalité cholérique. En 1849, c'est le 12^e arrondissement qui vient en tête avec 92,4 morts pour 1000 habitants, suivi

⁵⁰ Ces décès massifs peuvent avoir été dus à des pathologies telles que le paludisme, la fièvre jaune et le choléra, face auxquelles l'Européen du XVIII^e et du XIX^e siècles était dépourvu d'immunité naturelle ou acquise (Etemad, 2007, p. 14).

⁵¹ <http://www.dark-stories.com/cholera.htm>, consulté le 22 mars 2015.

du 10^e arrondissement avec 32.6 morts pour 1000 habitants (Le Mée, 1998, p. 383). Cette géographie correspond aussi à celle de la pauvreté dans la ville. Les travaux de Villermé et d'autres hygiénistes ont mis en relief ce lien (Le Mée, 1998). La pauvreté a été mesurée à partir d'indicateurs tels que les effectifs d'indigents secourus, la valeur des loyers, leur montant, les renseignements fournis par la préfecture de police à propos de la distribution aux plus nécessiteux de bons de pain, à partir du mois de novembre 1846 jusqu'au mois d'octobre 1847. Ces données montrent que plus de 50% des habitants des arrondissements les plus touchés par le choléra (8^e, 9^e et 12^e) ont bénéficié de secours, contre moins de 30% dans les trois premiers arrondissements (Le Mée, 1998). Si toutes les classes sociales sont touchées par les épidémies de choléra de 1832 et 1849 à Paris, les catégories modestes, telles que les portiers, les tailleurs, les cordonniers, les journaliers, les chiffonniers, les ramoneurs, les maçons, etc., sont les plus atteints, avec les taux de décès les plus élevés dans les quartiers populaires (Le Mée, 1998).

Par ailleurs, le lien entre conditions socio-économiques et choléra est observé dans la ville de Milan, à l'analyse de l'épidémie de 1836, avec un effet différentiel de la maladie sur les différentes « paroisses ». Certaines, comme S. Tomaso in Terra Amara, sont quasi épargnées, avec moins de 1 décès cholérique sur 1000, alors que d'autres, telles que le faubourg de la Santissima Trinità, sont durement atteintes, avec un indice de 33 pour 1000. De plus, avec un indice de 16 pour 1000, la périphérie citadine est deux fois plus touchée que Milan *intra muros* (Faron, 1997, p. 99). Les paroisses les plus atteintes par le choléra sont caractérisées par une précarité socio-économique, dont l'indicateur est le faible taux d'alphabétisation et le fort taux d'abandon d'enfants (Faron, 1997).

Les épidémies de choléra de 1832, 1848 et 1854 ont aussi suivi la géographie de la pauvreté dans la ville de New York. Un sixième des cas est enregistré dans le district de Sixth Ward, qui abrite le quartier pauvre de Five Points, habité principalement par les Noirs et les immigrants irlandais⁵².

Les conditions socio-économiques ont également joué un rôle dans la propagation du choléra dans d'autres villes touchées par les épidémies du XIX^e siècle. Lorsque le choléra se déclenche dans la ville indienne de Jessore en 1817, il attaque d'abord la population hindoue⁵³, et ensuite des Européens (Lombard, 1832, p. 5). A Dehli, le choléra frappe dans les rues insalubres habitées principalement par les populations défavorisées. Dans le quartier

⁵² <http://www.interet-general.info/spip.php?article10724>, consulté le 26 mars 2014.

⁵³ Le mot hindou peut s'entendre ici comme la population locale indienne.

populaire de Bénarès, on dénombre 15 000 victimes en deux mois (Lombard, 1832, p. 7). Dans d'autres villes indiennes, comme Balassore, Burrisaul, qui abritent des camps militaires, on note une mortalité cholérique plus élevée chez les Cipayes que chez les soldats européens, soit 764 soldats européens contre 8 000 Cipayes⁵⁴ (Lombard, 1832, p. 6).

Dans la ville d'Orenbourg, un grand point de rencontres commerciales entre la Haute Asie et la Russie, les premières personnes touchées par le choléra sont des habitants de la ville, appartenant aux classes inférieures de la société. Le plus grand nombre de victimes est enregistré parmi les ouvriers, les manœuvres, etc. (Lombard, 1832, p. 30). Par contre, les notables de la ville, constitués de marchands russes et étrangers, de médecins, d'infirmiers et autres employés de l'hôpital, et enfin les employés de la douane, sont globalement épargnés (Lombard, 1832, p. 30).

La vulnérabilité des quartiers et des populations défavorisés vis-à-vis du choléra dans les villes des pays industrialisés au XIX^e siècle est le résultat de conditions socio-sanitaires caractérisées par l'insalubrité des logements et l'accès insuffisant à l'eau potable et à l'assainissement.

En effet, la notion d'insalubrité des logements a occupé une place centrale dans le débat sur les causes d'infection cholérique des classes ouvrières à Paris, à l'occasion des épidémies de 1832 et 1849. Elle désigne le manque d'hygiène et le surpeuplement des logements, favorisant la promiscuité ; elle est essentiellement liée à l'existence des taudis. Les populations qui habitent dans les taudis sont également confrontées à une alimentation insuffisante et de mauvaise qualité, et au manque d'éducation (Le Mée, 1998). L'insalubrité du logement traduit le mode de vie des classes ouvrières, qu'il n'est pas possible de changer simplement par l'assainissement. *« Il n'était pas au pouvoir des médecins qui s'étaient chargés de visiter et d'assainir chaque maison, de changer les mœurs de ses habitants, de fournir à beaucoup d'entre eux de bons vêtements, d'empêcher que la classe ouvrière pauvre ne se nourrît d'aliments de mauvaise nature, que les ouvriers qui se trouvent alors dans le dénuement ne restassent entassés dans des lieux bas et humides que les rayons du soleil ne réchauffent jamais ; qu'ils ne fissent des excès de boisson ; enfin qu'ils ne réunissent, par leur triste genre de vie, toutes les conditions nécessaires au développement de l'épidémie... »* (Cayol, cité par Le Mée, 1998, p. 389). L'insalubrité du logement des classes ouvrières apparaît être un facteur essentiel de développement du choléra.

⁵⁴ Ce sont les mercenaires hindous employés par les Anglais.

Dans le même sens, le docteur Piorry (cité par Le Mée, 1998, p. 390) montre, à partir des études statistiques sur l'épidémie de choléra de 1832, que le plus grand nombre de cas de fièvres graves est constaté dans les logements étroits, mal aérés et insalubres. C'est l'exemple de la rue de la Mortellerie, où « *la densité atteignait 150 000 habitants au km²... chaque habitant disposant d'un peu plus de trois fois l'espace qu'il occuperait, un jour sous terre* » (Villermé, cité par Maitre et Ducable, 1982, p. 319).

La consommation d'eau insalubre constitue également un vecteur de diffusion du choléra au sein des populations de conditions socio-économiques modestes. Suite à l'épidémie de 1854 à Londres, le chirurgien John Snow a observé que la mortalité cholérique était forte dans un quartier circonscrit de la ville. L'examen d'un plan détaillé lui a permis de découvrir que les familles touchées s'approvisionnaient en eau à la fontaine publique de Broad Street. Lorsque qu'il retire la poignée de la pompe, l'épidémie diminue considérablement (Bourdelaïs, 1987, p. 79).

La consommation d'eau non potable a été également identifiée comme source d'infection et de mortalité cholériques des classes populaires dans la rue de Chaillot à Paris. En effet, 41 habitants de la rue meurent du choléra du côté des numéros impairs, contre seulement 5 du côté pair. L'Atlas du préfet Poubelle indique clairement que les habitants du côté impair, appartenant aux classes populaires, consommaient l'eau distribuée aux bornes fontaines, provenant de la pompe de Chaillot, donc de la Seine ; alors que les classes bourgeoises des numéros pairs buvaient l'eau provenant du canal de l'Ourcq (Bourdelaïs, 1987, p. 77).

Cette analyse des facteurs socio-économiques du choléra au XIX^e siècle dans des pays industrialisés révèle que les préoccupations des classes ouvrières pour l'environnement urbain étaient limitées face aux défis de l'existence quotidienne auxquels elles étaient confrontées. Les conditions sociales dans lesquelles elles vivaient favorisaient la dégradation de l'environnement urbain, et par conséquent l'émergence de risques sanitaires d'origine environnementale tels que le choléra. Dans cette perspective, on peut avancer, pour le cas de Cotonou, l'hypothèse que la prise de conscience face aux risques sanitaires d'origine environnementale peut être entravée par la précarité des conditions de vie, car l'évidence de la misère fait obstacle à la perception des risques (Beck, 2001, p. 82).

2.2.3 Une forte mortalité due à l'ignorance de l'étiologie du choléra

Les épidémies de choléra qui ont touché les pays industrialisés au XIX^e siècle ont enregistré une forte mortalité⁵⁵, qui peut être liée à la méconnaissance de l'étiologie du choléra. Cette ignorance s'est manifestée, d'une part, par l'émergence d'une confrontation idéologique entre les partisans de la « contagion » et ceux de « l'infection », et, d'autre part, par des conflits entre les classes sociales.

En effet, les théoriciens de la contagion ou « contagionnistes » imputaient aux déplacements humains les trajets pandémiques du choléra (Bourdelaïs, Dodin, 1987, p. 73). D'après cette théorie, le choléra est causé par un germe pathogène qui se transmet à l'homme au contact d'un individu qui le porte. Toute personne en contact avec un malade ou même avec des objets inanimés ayant appartenu à un malade est susceptible de contracter la maladie. Selon les théoriciens de la contagion, la lutte contre ce fléau passe par l'adoption de mesures sanitaires telles que : « *isoler les malades, purifier les habitations, désinfecter les vêtements, et les linges ; détruire chimiquement les principes délétères que produisent ou qu'entraînent avec elles les déjections intestinales...* » (Godelle, cité par Delaporte, 1990, p. 171). Et toutes ces mesures devraient être renforcées par la mise en place d'un cordon sanitaire aux frontières, comme ce fut le cas lors des épidémies de peste.

Les non-contagionnistes ou « infectionnistes » réfutaient cette thèse, car selon eux des personnes ont été en contact avec des malades cholériques sans avoir contracté la maladie, alors que d'autres qui s'en sont isolés en ont succombé⁵⁶. Ils soutenaient que le choléra était essentiellement une maladie infectieuse due à une altération de l'atmosphère, la pollution du sol, de l'air, de l'eau. La cause de la maladie doit être recherchée dans l'air malsain des villes, produit par la décomposition des matières et déchets organiques, et provenant non seulement des taudis insalubres dans lesquels les populations misérables s'entassaient, mais aussi des plages, des marais, des égouts, des cimetières, etc. (Delaporte, 1995, p. 54 ; Lévy, 2012). C'est donc la ville qui produit les miasmes mortels qui circulent dans l'air, et qui sont jugés responsables des épidémies. Pour les infectionnistes, la cause du choléra se trouve dans les foyers d'infection, c'est-à-dire les milieux insalubres, d'où émanent les odeurs pestilentielles. Une solution à cette maladie consisterait donc à traiter l'infection et à détruire son foyer.

⁵⁵ L'épidémie de 1832 a fait près de 100 000 victimes en France en quelques mois (Rollet, Fine, 1974, p.935).

⁵⁶ Pour conforter cette théorie, certains médecins en Pologne, en Russie et même en France, se sont livrés à des expérimentations sur leur propre personne. C'est l'exemple du Docteur Foy qui a absorbé les déjections de malades cholériques, et qui est resté indemne (Bourdelaïs, 1987, p. 73).

Il faut souligner tout de même que cette conception miasmatique n'était pas spécifique au choléra. Dominante jusque vers la fin du XIX^e siècle, elle servait à expliquer l'ensemble des maladies et des infections (Levy, 2012, p. 24).

Si l'affrontement entre les deux thèses traduit la méconnaissance des causes du choléra, il rend également compte du contexte économique-politique. En effet, l'idée de contagion était assimilée à une vision conservatrice, ayant pour objectif d'isoler les malades issus des classes populaires. Il s'agirait donc d'une manœuvre de ségrégation sociale (Le Mée, 1998). En revanche, la mise en avant de la thèse infectionniste avait un double objectif. Elle visait, d'une part, à préserver les relations commerciales entre la Russie et l'Europe de l'Ouest, relations que mettrait à mal l'idée de la contagion liée aux déplacements humains, et donc de l'installation de cordons sanitaires. D'autre part, en attribuant au foyer malsain un rôle prépondérant dans l'étiologie du choléra, les non contagionnistes favorisaient le développement des thèses hygiénistes naissantes (Bourdelaïs, 1987, p.73 ; Le Mée, 1998, pp. 370-380).

L'ignorance de l'étiologie du choléra s'est traduite également par des conflits entre les classes sociales. Ces conflits sont nés des soupçons que les classes ouvrières et bourgeoises portaient les unes envers les autres sur l'origine de la maladie.

A Paris, les classes ouvrières, les plus touchées par les épidémies de choléra, soupçonnaient la bourgeoisie de vouloir les soustraire de la ville, par une tentative d'empoisonnement. Les puits, la nourriture et l'air auraient été volontairement souillés par les classes dominantes (Le Mée, 1998, pp. 380-381). Les mesures de quarantaine préconisées par les contagionnistes confortaient d'ailleurs les classes ouvrières dans leur perception des origines du choléra, en ce sens qu'elles auraient visé à se débarrasser d'elles. Aussi, pour ces dernières, la bourgeoisie se servait-elle des médecins pour les empoisonner (Rollet, Fine, 1974, p. 964). En revanche, la bourgeoisie est envahie par la peur de la contagion. Car, selon elle, la maladie a pour origine dans les conditions de vie précaires des ouvriers, entassés dans des maisons insalubres (Le Mée, 1998). C'est pourquoi la solution qu'elle trouve pour échapper à la contagion consiste à fuir la ville (Bourdelaïs, 1987, p.81).

Cette situation de « haine de classes », pour reprendre l'expression de René Baerel (1952), a engendré des troubles sociaux, qui se sont très vite transformés en massacre de médecins et

assimilés à Paris, et même de simples individus soupçonnés d’empoisonnement (Bourdelaïs, 1987, p. 84).

La haine ethnique a également connu une nouvelle flambée, notamment à l’égard des groupes déjà victimes de relégation et de ségrégation à l’occasion des épidémies de choléra du XIX^e siècle dans d’autres pays. On peut citer les exemples de la Pologne et de l’Allemagne, où les Juifs avaient été accusés d’avoir empoisonné les puits (Baerel, 1952 ; Wirth, 1980).

Même aux Etats-Unis, des boucs émissaires étaient désignés à l’occasion des épidémies de choléra. L’opinion publique a attribué l’épidémie de choléra qui a sévi à New York en 1832 – et dont les effets ont été plus retentissants dans le quartier pauvre de Five Points habité majoritairement par des Noirs et des immigrants irlandais – aux « pratiques immorales » de ces groupes sociaux. Ainsi, avant de les soigner, on les aspergeait d’eau bouillante, faisant aggraver leurs souffrances⁵⁷.

Enfin, l’ignorance de l’étiologie du choléra explique les mesures prophylactiques adoptées par des populations touchées par le choléra au XIX^e siècle, avec un regain d’intérêt pour les pratiques religieuses. En France, de nombreuses processions sont organisées, des affiches sont apposées pour bénir les maisons contre le choléra. On recourt également à des prières de protection contre la maladie. C’est le cas à Lyon, en 1849, avec la « *Sainte Face de Jésus. Bénédiction des maisons contre le choléra-morbus* » (Bourdelaïs, 1987, pp. 81-96).

Le choléra s’est développé dans les pays industrialisés dans des conditions socio-économiques et politiques qui l’ont favorisé. Les troupes armées ont contribué à diffuser la maladie sur les champs de bataille, et suivant leurs itinéraires. L’insalubrité des logements, la consommation d’eau contaminée ont exposé davantage les classes sociales défavorisées dans les villes. La forte mortalité enregistrée à l’occasion des épidémies successives de 1832, 1849, 1854, et les pratiques prophylactiques d’origine religieuse, témoignent en partie de l’ignorance de l’étiologie du choléra. Ainsi, se renforce l’hypothèse, que nous étudierons pour le cas de l’Afrique et du Bénin, selon laquelle la prise de conscience face aux risques environnementaux dont résulte le choléra, est en lien avec les conditions socio-économiques précaires et l’absence de la perception du lien entre environnement et santé.

⁵⁷ <http://www.dark-stories.com/cholera.htm>, consulté le 22 mars 2015.

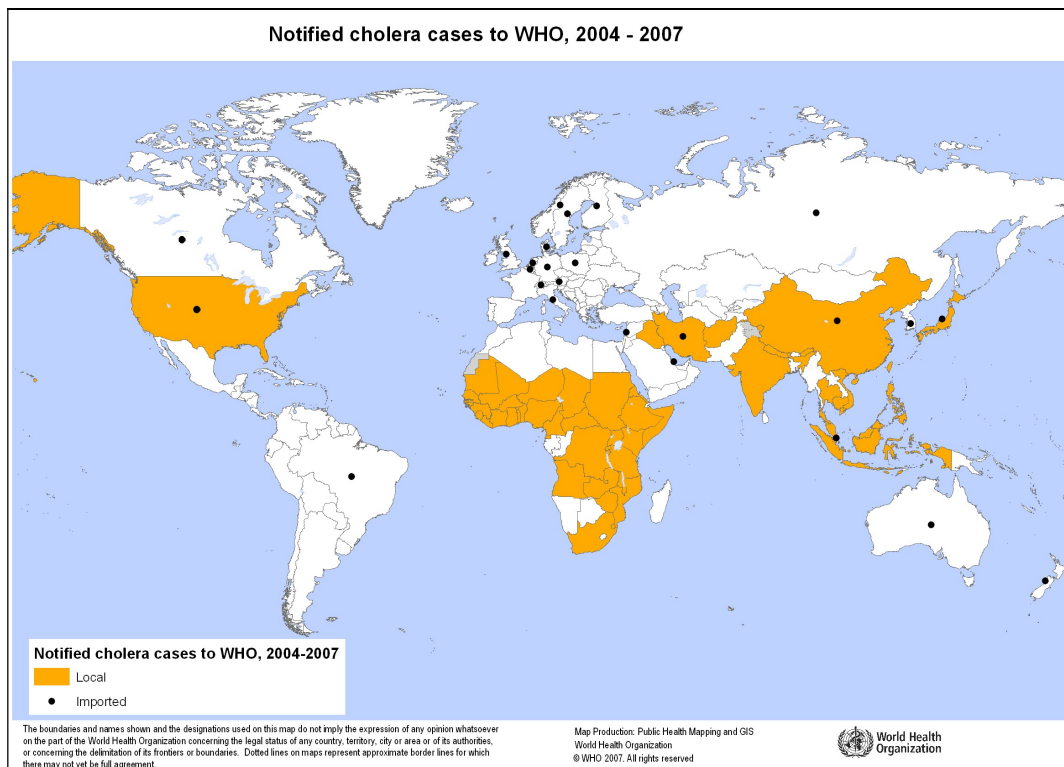
2.3 Similitudes entre les conditions socio-économiques et politiques favorables au choléra dans les pays industrialisés et en Afrique subsaharienne

L'histoire des différentes pandémies montre que le continent africain a été touché par le choléra depuis le XIX^e siècle. La maladie s'est manifestée notamment en Afrique du Nord et de l'Est, sans incursion à l'intérieur du continent. L'effet du choléra sur le continent africain au XIX^e siècle n'a pas connu un grand écho. Mais la septième pandémie s'est installée durablement sur le continent. Selon certains, le vibrion El Tor, à l'origine de cette pandémie, a été introduit en Afrique en 1970 par des étudiants africains revenus de Moscou à bord d'un Tupolev d'Aeroflot à Conakry, après une escale à Alexandrie (Bourdelaïs, 1987, p. 55). D'autres sources rapportent que l'introduction du choléra est liée à des pèlerins revenus de la Mecque à Conakry en 1970. En tout cas, cette pandémie s'est disséminée dans toutes les régions africaines à partir des deux villes d'Alexandrie et de Conakry (Janny, 2004).

2.3.1 Des épidémies de choléra dans l'ensemble des pays d'Afrique subsaharienne

Le vibrion El Tor semble dominer totalement le continent africain, où il sévit désormais de façon endémique, avec des flambées épidémiques qui font plus de victimes que dans d'autres parties du monde. L'Afrique est même plus touchée par cette pandémie que l'Asie, qui en avait pourtant été le berceau.

Carte 4 : Répartition des cas de choléra dans le monde entre 2004 et 2007



Source : OMS, www.who.int, consulté le 22 mars 2015

Cette carte montre que l'Afrique a été touchée dans son ensemble par le choléra entre 2004 et 2007. Elle est suivie de l'Asie du Sud-Est et de l'Amérique. Ces régions ont enregistré des cas importés, en plus de ceux localement développés. L'Europe n'a enregistré que des cas importés.

En l'absence de données sur la répartition géographique du choléra dans le monde en 2010, le rapport sur la maladie publié par l'OMS en 2012 fournit des indications sur la situation de 2011. C'est l'Afrique qui a enregistré, plus que les autres continents, le taux de létalité le plus élevé, correspondant à 53% du total mondial de décès cholériques (OMS, 2012).

Tableau 2 : Répartition des cas et des décès du choléra dans le monde en 2011

Continent	Nombre de malades	Nombre de décès	Taux de létalité en %
Afrique	188 678	4 183	2,2
Asie	38 298	426	1,11
Europe	71	0	0
Amérique	361 266	3205	0,89
Océanie	1 541	2	0,13

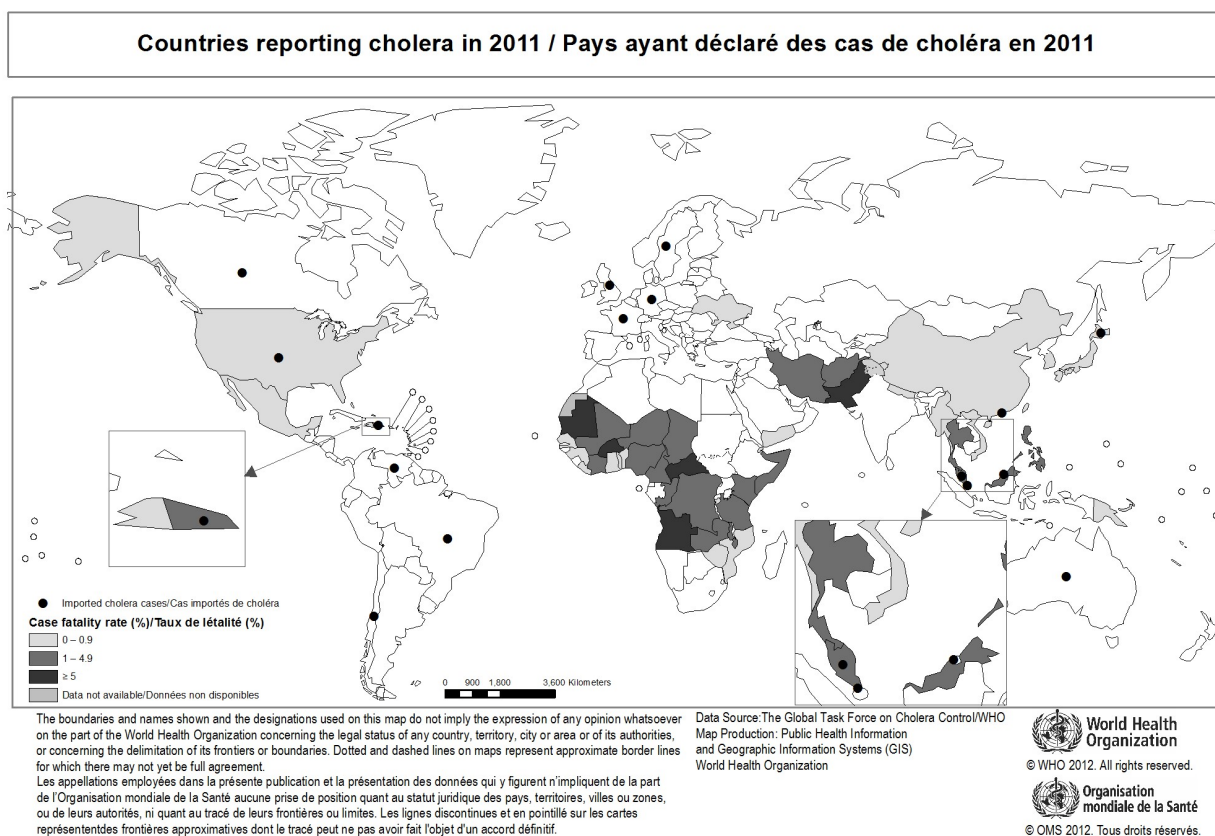
Source : OMS, rapport annuel 2011, compilé par nous

Il faut émettre des réserves par rapport à ces chiffres qui restent, sans doute, inférieurs aux cas réels. Du fait des sanctions qui pourraient pénaliser les voyages et les échanges commerciaux en liaison avec les pays touchés, la plupart des Etats sous-notifient les cas. Selon l'OMS (2011), quelques 500 000 à 700 000 cas de choléra ne seraient pas déclarés en Asie du Sud-Est et en Asie centrale, et seraient attribués à de simples diarrhées aqueuses. De plus, le nombre de cas de choléra dans le monde est estimé chaque année entre 3 et 5 millions, alors que 178 000 à 589 000 cas seulement ont été notifiés à l'OMS au cours des cinq dernières années (OMS, 2014).

Dans le tableau ci-dessus, le continent américain présente le nombre le plus élevé de malades du choléra en 2011. Cela s'explique par l'importante flambée déclenchée en Haïti suite au tremblement de terre de 2010. Une autre épidémie a été observée en République Dominicaine, et a représenté 61% des cas notifiés dans le monde en 2011, selon l'OMS. Sur les 361 266 cas de malades cholériques déclarés dans la région des Amériques, Haïti en a compté à lui seul 340 311, soit 94%.

Cette situation reste un épiphénomène en regard de la situation antérieure de l'Afrique subsaharienne par rapport au choléra. Selon l'OMS, l'Afrique a déclaré en 2004 95 560 cas avec un taux de létalité de 2,44%, contre 36 cas pour le continent américain, 21 en Europe et 5 700 en Asie (OMS, cité par Makoutode *et al.*, 2010, p. 433 ; Dedet, 2010, p. 59). Si, en 2011, l'Afrique vient après l'Amérique en termes de nombre de malades, ce continent enregistre 27 pays touchés, contre 15 pour l'Asie et 9 pour l'Amérique, sur 58 à l'échelle mondiale (OMS, 2011). Plus de 46% des pays touchés par le choléra en 2011 se trouvent donc en Afrique subsaharienne.

Carte 5 : Répartition des cas de choléra dans le monde en 2011



Source : OMS, Rapport annuel 2011, choléra⁵⁸

Cependant, le rapport 2012 sur le choléra dans le monde note une baisse non seulement du nombre de cas notifiés à l'OMS, mais aussi du nombre de pays touchés. Un total cumulé de 245 393 malades cholériques a été notifié, dont 3034 décès, soit un taux de létalité de 1,2%, représentant une diminution de 58% du nombre de cas par rapport à 2011 (OMS, 2013, p. 1). Si le nombre de pays ayant déclaré des cas de choléra à l'échelle du monde est passé de 58 en 2011 à 48 en 2012, 27 en ont déclaré sur le continent africain, tout comme en 2011. Sur 30 pays ayant notifié des cas de décès cholériques en 2012, 23 sont situés en Afrique, avec un total de 2042 décès, soit 67% du total mondial (OMS, 2013, p.1). Le choléra touche toutes les régions de l'Afrique subsaharienne, comme le montre le tableau ci-après.

⁵⁸ Cette carte de l'OMS ne semble pas avoir pris en compte la situation de flambée épidémique qui a caractérisé Haïti.

Tableau 3 : Répartition des cas de choléra en Afrique de 2004 à 2012

Pays	Cas	Létalité	Cas	Létalité	Cas	Létalité	Cas	Létalité	Cas	Létalité	Cas	Létalité	Cas	Létalité	Cas	Létalité
	2004		2005		2006		2007		2008		2010		2011		2012	
Afrique	95 560	2,44	125 082	1,74	234 349	2,69	166 583	2,4	179 323	2,83	-	-	110 915	-	117 570	1,7
Angola	-	-	-	-	67 257	4,05	-	-	-	-	-	-	1810	-	1215	8,1
Bénin	679	1,47	720	1,66	88	0	-	-	985	0,51	969	0,72	755	-	625	0,5
Burkina	-	-	-	-	-	-	-	-	-				20	-	143	4,9
Burundi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1072	-	214	0,5
Cameroun	8005	1,71	2 847	3,86	-	-	-	-	-	-	-	-	22 433	-	363	1,4
(RDC)	-	-	13 430	1,82	-	-	28 269	2,12	30 150	1,82	-	-	21 700	-	33 661	2,4
Ethiopie	-	-	-	-	22 101	0,99	-	-	-	-	-	-	-		-	-
Ghana	-	-	-	-	-	-	179	10,06	-	-	-	-	10 628	-	9 548	1,1
Guinée	1 516	7,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	7 350	1,8
Guinée B.	-	-	25 111	1,59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3 068	0,7

Source : Makoutode *et al.*, 2010, p.433, complété par nous avec des données OMS, 2012, 2013.

Tableau 4 : Répartition des cas de choléra en Afrique de 2004 à 2012 (suite)

Pays	Cas	Létalité	Cas	Létalité	Cas	Létalité	Cas	Létalité	Cas	Létalité	Cas	Létalité	Cas	Létalité	Cas	Létalité
	2004		2005		2006		2007		2008		2010		2011		2012	
Afrique	95 560	2,44	125 082	1,74	234 349	2,69	166 583	2,4	179 323	2,83	-	-	110 915	-	117 570	1,7
Liberia	-	-	-	-	4 929	0,34	-	-	1236	0,24	-	-	-	-	-	-
Mali	-	-	1 178	6,45	-	-	-	-	-	-	-	-	2 220	-	219	8,7
Nigeria	-	-	-	-	-	-	-	-	5 410	4,57	-	-	23 377	-	597	3
Sénégal	-	-	31 719	1,44	-	-	3 984	0,6		-	-	-		-	1	0
Somalie	-	-	-	-	-	-	41 643	2,84	-	-	-	-	77 636	-	22 576	0,9
Tanzanie	-	-	-	-	-	-	-	-	2 911	-	-	-	942	-	-	-
Tchad	5 531	4,91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17 267	-	-	-
Togo	-	-	-	-	-	-	-	-	397	-	-	-	-	-	61	1,6
Zambie	12 149	3,07	1 503	0,47	-	-	-	-	2 061	-	-	-	330	-	198	1
Zimbabwe	-	-	-	-	789	7,73	-	-	60 055	4,88	-	-	1 220	-	23	4,4

Source : Makoutode *et al.*, 2010, p.433, complété par nous avec des données OMS, 2012, 2013.

Depuis 1970, cette maladie touche toutes les régions africaines avec des milliers de cas et de victimes. Cependant, les statistiques du choléra sur le continent africain ne sont disponibles qu'à partir des années 1990. En 1994, en Afrique centrale, la République Démocratique du Congo (RDC) déclare 58 057 cas, soit environ 103 malades pour 100 000 habitants. La même année, l'Afrique de l'Est et de l'Ouest signalent aussi des cas, pour des pays comme la Somalie, la Guinée, la Guinée-Bissau et la Sierra Leone, variant entre 15 000 et 31 000. En 1995, cinq pays déclarent des cas de choléra dans les deux régions. Il s'agit de l'Angola, du Burundi, de la Côte d'Ivoire, du Libéria et de la Sierra Leone. L'Afrique de l'Ouest est particulièrement touchée avec des cas variant entre 4000 et 10 000 pour trois pays de la sous-région. De 1996 à 2002, plusieurs pays signalent des cas de choléra. Le Mali, la Mauritanie, le Sénégal en 1996, le Tchad, Djibouti et la Tanzanie en 1997, le Kenya en 1996 et en 1997, tout comme d'autres pays comme le Rwanda, le Mozambique, le Nigeria, le Ghana, l'Afrique du Sud, Madagascar, etc., sont touchés chaque année par des poussées épidémiques du choléra. De 2005 à 2008, des cas importants sont encore notifiés pour le continent : 125 082 en 2005, 234 349 en 2006, 166 583 en 2007 et 179 323 en 2008. Pour cette période, le taux de létalité varie entre 1,78% et 2,83%. En 2009, 45 pays ont notifié 221 226 cas de choléra, dont 4 348 décès (létalité : 2,24%). L'Afrique notifie, la même année, 217 333 cas, soit 98% du total mondial, l'Asie 1902 cas, l'Océanie 1897 cas. L'Afrique australe, en particulier le Zimbabwe, est fortement touchée en 2008 (60 055 cas et un taux de létalité de 4,88) et la situation s'est dégradée dans la corne de l'Afrique, en particulier en Ethiopie, au Kenya, en Tanzanie. L'Afrique de l'Ouest n'est pas non plus épargnée, avec des cas nombreux dénombrés chaque année dans la plupart des pays du Golfe de Guinée tels que la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Togo, le Nigeria et le Bénin. Selon les épidémiologistes, ces pays présentent un potentiel écologique favorable au développement du vibron cholérique El Tor, responsable de cette septième pandémie (Janny, 2004, p.31). Les eaux saumâtres, estuariennes et même douces, avec une température supérieure à 15°C, qui traversent ces pays, constituent un réservoir favorable au développement du vibron cholérique.

La situation s'est globalement améliorée sur le continent africain depuis 2011, dans la plupart des pays, notamment au Zimbabwe dont le nombre de cas déclarés est passé de 60 055 en 2008 à 23 en 2012. En revanche, on peut noter une aggravation de la situation en RDC avec 33 661 en 2012 contre 21 700 en 2011.

Il faut signaler tout de même que le choléra n'est pas la première cause de mortalité en Afrique subsaharienne. En effet, il tue moins que le Sida et le paludisme. En 2008, si l'Afrique a déclaré 179 323 cas de choléra, le nombre de séropositifs était de 22,4 millions (ONU SIDA, 2009). Ce nombre important de cas de séropositifs se comprend cependant comme le résultat de statistiques cumulées d'une année à une autre, puisque le Sida demeure à ce jour une maladie incurable. Il faut aussi signaler que le développement des antirétroviraux, malgré les disparités d'accès, a considérablement amélioré l'espérance de vie des séropositifs et la perception du VIH Sida, que l'on reliait à la mort à ses débuts. Le séropositif peut vivre très longtemps avec la maladie, s'il est pris en charge très tôt et régulièrement. A l'opposé, les statistiques liées au choléra sont annuelles et les malades traités peuvent guérir définitivement. Toutefois, le choléra tue plus rapidement que le Sida. Le malade cholérique peut mourir en quelques heures alors que le séropositif vit plus longtemps avec le VIH. En plus du Sida, le continent enregistre à lui seul 80% des charges de morbidité liées au paludisme dans le monde, et 20% de la mortalité infanto-juvénile (Vaillant, Salem, 2008, p. 35).

On peut tirer deux conséquences de la situation cholérique en Afrique subsaharienne. D'une part, la vulnérabilité de l'ensemble des pays africains au choléra témoigne des conditions socio-économiques similaires, caractérisées par un investissement insuffisant des Etats pour l'amélioration du cadre de vie des populations. D'autre part, on assiste à une réduction des taux de létalité, en raison de la priorité accordée à la prise en charge médicale (Makoutode *et al.*, 2010). Comme on le verra, les politiques de santé environnementale, qui devraient se traduire par l'amélioration des conditions socio-économiques des populations, peinent à être mises en place.

2.3.2 Les facteurs politiques, socio-économiques et environnementaux de développement des épidémies de choléra en Afrique subsaharienne

Tout comme dans les pays industrialisés au XIX^e siècle, le choléra rencontre des conditions favorables à sa propagation en Afrique subsaharienne. Il s'agit de facteurs politiques liés à des conflits armés et des crises humanitaires, la consommation d'eau polluée, les catastrophes naturelles et la précarité des conditions de vie en milieu urbain.

2.3.2.1 Conflits armés, crises humanitaires et choléra en Afrique subsaharienne

Les conflits armés constituent l'un des facteurs politiques qui favorisent le développement des épidémies de choléra en Afrique subsaharienne. La maladie trouve dans les champs de bataille des conditions propices à son émergence et à sa propagation. En effet, la région des Grands Lacs est l'une des plus touchées au monde par le choléra depuis le début de la septième pandémie. Sur 355 269 cas de choléra déclarés par l'OMS dans le monde entre 2002-2004, la République Démocratique du Congo (RDC) en a enregistré 65 555, soit 20%. L'effectif des décès enregistrés dans le pays est de 3 196 sur un total mondial de 8 803, soit 36% (Piarroux, 2008). Les zones les plus touchées sont les provinces du Katanga et du Kivu situés à l'est de la RDC. La province du Kivu est située au cœur de la région des Grands Lacs. Elle sert de lieu de migration transfrontalière pour les populations des pays voisins, Rwanda, Burundi et Tanzanie, dont elle est frontalière. Le génocide rwandais de 1994 a propulsé des populations de leur pays vers le Kivu. Selon les estimations, environ 1,2 millions⁵⁹ de réfugiés se sont installés dans cette province, qui sert, avec la province limitrophe du Katanga, de théâtre d'affrontements entre les troupes régulières et les rébellions de sept pays de la région des Grands Lacs. Le Rwanda, l'Ouganda, le Kenya, le Burundi, la Tanzanie, la Zambie et bien sûr la RDC, s'y affrontent depuis plus d'une décennie en des guerres cycliques⁶⁰. Dans cette situation, les conditions de vie des populations se sont dégradées, et elles se déplacent des champs de bataille vers d'autres localités plus ou moins pacifiées. Elles sont également regroupées dans des camps de réfugiés, ou dans des écoles. La reprise des combats en 2008 a contraint certains réfugiés à quitter les camps et les populations locales à abandonner leur domicile⁶¹, ce qui a contribué à élever le nombre de malades cholériques, qui est passé à 30 150 en 2008, année de reprise des hostilités, contre 2 847 en 2005.

Cette flambée épidémique de choléra en 2008, consécutive à la reprise des hostilités peut s'expliquer, entre autres, par le déplacement des populations des villages lacustres et riverains du lac Tanganyika, qui constituent les espaces « sources » des épidémies dans la région (Piarroux, 2008).

⁵⁹ <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/conflit-grands-lacs/index.shtml>, consulté le 11 mars 2015.

⁶⁰ *Idem*.

⁶¹ Reynes Raphaël, « RDC, insoutenable situation humanitaire », publié le 04/11/2011 et consulté le 19/02/2013 sur le site www.rfi.fr.

Toutefois, selon Bompangue (2009), il n'existe pas un lien direct entre conflits armés et choléra, en ce sens que, selon ses tests statistiques, le nombre de réactivations épidémiques de choléra en période de combats n'est pas plus important que celui obtenu pour les semaines sans hostilités. Il n'en demeure pas moins que ces événements peuvent jouer un rôle en amont de l'épidémie, car, et Bompangue le reconnaît, des épidémies ont été déclarées dans les camps des déplacés internes, qui ont dû fuir les zones de conflits. De plus, parmi les douze conflits ayant entraîné le déplacement de populations, quatre ont été suivis d'une épidémie de choléra, dans un délai maximal de douze semaines (Bompangue, 2009, p. 146).

La crise humanitaire a joué un rôle dans la propagation du choléra en Afrique australe et dans la Corne de l'Afrique. La crise zimbabwéenne a atteint son paroxysme en 2008. La réforme agraire de 2000 a entraîné une baisse drastique de la production agricole. Selon Oxfam International, 5,1 millions de personnes ont du mal à se nourrir une fois par jour, 80% de la population vivant avec moins d'un dollar par jour ; l'espérance de vie dans le pays est passée de 61 ans à 54 ans en quinze ans. Le système sanitaire se dégrade et le personnel soignant migre vers les pays voisins pour espérer une situation meilleure. Au Zimbabwe, les agents de santé travaillaient sans salaire. Des écoles avaient été fermées par des enseignants non payés. La famine et la malnutrition rivalisaient avec le VIH Sida la première place en matière de cause de mortalité⁶².

C'est dans ces conditions que le choléra éclate dans le pays⁶³. Selon l'OMS, le pays a déclaré 60 055 cas de choléra en 2008, avec 4,88% de taux de létalité. Dans ce contexte, les populations se déplacent vers les pays limitrophes pour se faire soigner. Le choléra franchit donc les frontières de l'Afrique du Sud et du Botswana. Des cas ont été enregistrés à Beitbridge et à Mudzi, aux frontières avec l'Afrique du Sud et le Mozambique. La province de Limpopo a été déclarée « zone sinistrée » par les autorités sud-africaines qui ont organisé la prise en charge de ces malades qui traversaient la frontière, affaiblis.

La Corne de l'Afrique a également connu une crise humanitaire consécutive aux conflits qu'elle a connus pendant plusieurs années. La zone est victime d'une grave sécheresse dont les conséquences sont énormes sur la production agricole locale. La Somalie est le pays le plus touché par la famine. La malnutrition sévère a atteint les enfants. Selon l'ONG Oxfam International, près d'un enfant sur trois souffre de malnutrition aiguë. Il s'agit de conditions

⁶² Oxfam International, www.oxfam.org/fr/emergency/Zimbabwe, consulté le 2 février 2014.

⁶³ « Choléra : les Sud Africains redoutent l'épidémie venue du Nord », publié le 11/12/2008 par RFI sur www.rfi.fr, et consulté le 2 février 2014.

favorables à l'éclatement du choléra⁶⁴. En 2007, selon l'OMS, la Somalie déclare 41 643 cas de choléra sur 166 583 pour l'ensemble du continent africain, soit 25%. La situation s'est encore dégradée en 2011, quand le pays a déclaré le nombre le plus élevé de malades cholériques en Afrique avec 77 636 cas, soit 41% du total des malades du continent.

La famine a entraîné la fuite des populations vers la capitale Mogadiscio, à la recherche d'eau et de nourriture. Une bonne partie s'est déplacée vers les pays limitrophes tels l'Éthiopie, le Kenya ou encore Djibouti, rendant chacun de ces pays encore plus vulnérable au choléra. Car ces pays hôtes sont eux-mêmes touchés par la sécheresse. Et les camps qui y sont installés pour accueillir les réfugiés n'arrivent pas à contenir l'afflux de populations. Selon les propos du porte-parole de l'OMS, Tarik Jasarevic, recueillis par Radio France International, les flambées épidémiques de 2011 en Somalie sont dues à la famine, au mouvement des populations dans les camps de réfugiés et à la surpopulation dans la capitale Mogadiscio.

2.3.2.2 Facteurs socio-économiques et environnementaux du choléra dans les pays africains

Au nombre des facteurs socio-économiques en lien avec le choléra dans les pays africains, on peut évoquer la précarité des conditions de vie en milieu urbain, et l'ignorance de l'étiologie de la maladie par une frange importante de la population. Les facteurs environnementaux renvoient ici, d'une part, à l'effet direct de l'environnement physique, en ce sens qu'il peut détruire le système socio-sanitaire à l'occasion des catastrophes naturelles. Nous évoquerons l'exemple du tremblement de terre, qui rend les populations plus vulnérables aux épidémies, notamment le choléra. D'autre part, l'interaction quotidienne entre l'homme et l'environnement physique, à l'occasion d'activités économiques par exemple, peut produire un effet délétère sur la santé.

En effet, même s'il est difficile de fournir des indicateurs précis sur le lien entre précarité et choléra dans les villes africaines, puisque très peu d'études sociologiques ont été réalisées sur le sujet, il existe un certain nombre d'articles de presse qui évoquent le clivage socio-spatial dans quelques-unes d'entre elles. La géographie du choléra suit globalement ce clivage. Si la plupart des villes d'Afrique au sud du Sahara enregistrent des épidémies saisonnières de choléra, c'est dans les quartiers défavorisés que la maladie émerge et a le plus d'effets.

⁶⁴ « La Somalie entre famine et choléra », publié le 12/08/2011 par RFI www.rfi.fr, consulté le 2 février 2014.

L'épidémie de choléra de 1995 dans la ville de Mopti au Mali a touché plus particulièrement les quartiers défavorisés de la berge des fleuves Bani et Niger, moins le reste de la ville (Dorier-Apprill, 2002, pp.125-126). Dans ces « quartiers-villages suburbains », densément peuplés et habités par des pêcheurs, bateliers et migrants saisonniers servant comme manœuvres au port, les trois-quarts des malades cholériques s'approvisionnaient en eau du fleuve, et 40% d'entre eux ne disposaient pas de latrines. Sans accès à l'eau potable ni à l'assainissement, ces populations utilisaient l'eau du fleuve pour tous leurs besoins, y compris la défécation.

En 2000, l'épidémie de choléra, qui s'est déclenchée dans la ville de Tuléar à Madagascar, a touché particulièrement deux quartiers. Il s'agit de Mahavaste et d'Ampasikibo, deux quartiers défavorisés (Lévy, 2004, p.83). Ces quartiers sont caractérisés par la densification des habitations très petites pour la plupart, dont la superficie moyenne n'excède pas 8 m², et abritant chacune entre 4 et 7 personnes. Il n'existe pas de services de gestion de déchets, et les habitants les déversent pêle-mêle sur des terrains vagues. Les populations des deux quartiers ont un faible niveau de vie. Les emplois, très rares, sont constitués de petit artisanat à base de récupération, de petit commerce de trottoir ou encore de services personnels comme le gardiennage, etc., qui n'offrent que des revenus faibles et irréguliers. Dans ces conditions, les ménages sont sous-alimentés et connaissent des difficultés d'accès aux soins (Lévy, 2004, p. 84).

Selon le directeur départemental de la Croix-Rouge de Pikine au Sénégal, l'épidémie de 2005 a atteint principalement les quartiers défavorisés⁶⁵. Il s'agit de Gounass, Guédiawaye, Diamaguène, Guinaw Rail, Tableau Tivaouane, etc. Ces quartiers sont installés sur des sites inondables et jonchés d'ordures de toutes sortes.

De même, le choléra a touché principalement les quartiers défavorisés de Ouagadougou au Burkina Faso. En effet, 83% des patients cholériques de 2005 au Burkina Faso provenaient du milieu urbain et, parmi ces citadins, 97% résidaient dans la ville de Ouagadougou. 45% des malades étaient concentrés dans un seul secteur, dans le quartier Pissy, à la périphérie ouest de la ville. C'est aussi ce district sanitaire de Pissy qui a accueilli le plus grand nombre de malades dans son centre médical (Kyelem *et al.*, 2011, p. 4) : il est caractérisé par la promiscuité, le manque de latrines et de caniveaux, l'insuffisance d'accès à l'eau potable et l'insalubrité.

⁶⁵ Coumba Sylla, « Sénégal, l'épidémie de choléra gagne du terrain, publié le 28/09/2005 sur www.rfi.fr, consulté le 12 février 2014.

Dans la capitale sierra leonaise Freetown, l'épidémie de choléra de 2012 a touché plus de 1500 personnes. La plupart des malades provenaient des bidonvilles dans lesquels « *les conditions de vie créent un terrain propice à la propagation des maladies. On voit souvent des enfants jouer dans les immondices ou se baigner dans les eaux polluées. De plus, le système central d'adduction d'eau est défectueux et beaucoup de points d'eau sont contaminés...* »⁶⁶. C'est le cas du bidonville de Marbella, proche du centre de Freetown, qui aurait été le point de départ de l'épidémie de 2012. Densément peuplé, ce bidonville manque d'installations sanitaires. L'hygiène, l'eau potable et l'assainissement y font défaut. On y observe également une mauvaise gestion de l'hygiène autour des aliments vendus dans les rues.

Par ailleurs, l'ignorance de l'étiologie du choléra est un facteur de risque supplémentaire en Afrique subsaharienne. Elle se traduit par des pratiques socio-culturelles favorisant la dissémination du choléra. Le choléra étant perçu comme une maladie d'origine magique (Bompangue, 2009, pp. 151-152), les populations de pêcheurs du lac Tanganyika refusent de l'attribuer à l'insalubrité d'un mode de vie ancestral. Ainsi, pour ces pêcheurs, il est inadmissible que l'eau du lac que leurs ancêtres ont toujours bue, et dans laquelle ils ont déféqué pendant les périodes de pêche, et qui n'aurait occasionné aucun risque sanitaire, soit la source de la contamination du choléra.

De façon proche, les populations malgaches de la ville de Tuléar perçoivent le choléra comme un châtement infligé par les ancêtres à une société urbaine qui leur manque de respect, en délaissant les rites et les prescriptions ancestrales (Lévy, 2004).

Ces représentations de la maladie du choléra sont à l'origine de pratiques à risque, elles incitent les populations à s'écarter des moyens de lutte efficaces tels que l'hygiène et l'assainissement. Elles les inscrivent dans des rituels censés éloigner ce mal. Or ces rituels, qui du reste sont des occasions de rassemblement humain, constituent également des occasions de dissémination de la maladie. La perception du mal cholérique comme châtement collectif, puisque la maladie est infligée à toute la société et non à un seul individu (Lévy, 2004), éloigne davantage ces populations des recommandations des pouvoirs publics en temps

⁶⁶ Propos de Karen Van den Brande, chef de mission de Médecins Sans Frontières (MSF) en Sierra Leone, recueilli par Florence Demeulin, « Les conditions de vie des bidonvilles aggravent l'épidémie de choléra à Freetown », publié le 20 août 2012 sur <http://www.msf.ca/fr>, consulté le 12 février 2014.

d'épidémie. Même les morts cholériques que l'on sait éléments de diffusion de la maladie qui les a tués, doivent bénéficier, selon les mêmes populations, des rituels funéraires prescrits par les normes sociales. Les pêcheurs de l'est de la RDC et de la ville de Tuléar à Madagascar continuent à inhumer les cadavres cholériques, favorisant ainsi de nouvelles flambées du choléra (Lévy, 2004 ; Bompangue, 2009). En 2002, observe Bompangue, des flambées épidémiques ont été déclenchées à partir de campements sur le lac Upemba à l'est de la RDC, après des rituels funéraires organisés sur des personnes décédées de choléra.

Dans la société malgache, notamment dans la ville de Tuléar décrite par Johanna Lévy (2004), il existe deux règles rituelles qui doivent être respectées par tout membre du corps social : l'accompagnement du futur défunt vers sa mort et son enterrement dans le tombeau familial, indépendamment de la cause de la mort. Le malade doit être entouré de ses proches au cours de ses derniers jours sur terre, alors que les contacts avec un malade cholérique doivent être restreints pour éviter la contamination de nouvelles personnes. Le mort cholérique doit également bénéficier du rituel de l'enterrement dans le « tombeau familial ». Malgré la réglementation sanitaire qui consiste pour les autorités à organiser l'enterrement des personnes décédées du choléra, avec des mesures de désinfection des cadavres afin d'éviter la propagation de la maladie, les proches des défunts déterrent parfois frauduleusement les cadavres pour les ré-enterrer dans le « tombeau familial ». Il est donc clair que ces pratiques constituent « *un facteur majeur d'aggravation de la dynamique épidémique* » du choléra à l'intérieur de Tuléar (Lévy, 2004, p. 111).

Enfin, les pèlerinages, du fait des rassemblements humains qu'ils occasionnent, constituent également l'une des pratiques religieuses relevées dans la littérature comme facteur de diffusion du choléra. La forte concentration humaine à l'occasion de la 110^e édition du Magal, commémorant la déportation du fondateur du mouridisme⁶⁷ en 1895 vers le Gabon, a entraîné la recrudescence du choléra dans la ville de Touba au Sénégal⁶⁸. Ce facteur fait écho au rôle majeur qu'a joué le pèlerinage à la Mecque dans la propagation du choléra au Proche et au Moyen-Orient (Siegfried, 1960 ; Dedet, 2010, p. 47).

Ces facteurs socio-économiques rendent les populations vulnérables aux risques environnementaux. En effet, même si Haïti n'est pas un pays d'Afrique subsaharienne, son exemple révèle le rôle que peuvent jouer les catastrophes naturelles dans la diffusion du choléra, durant la septième pandémie. Le 12 janvier 2010, un séisme de magnitude 7,3 sur

⁶⁷ Confrérie musulmane fondée au Sénégal.

⁶⁸ Didier Samson, « Sénégal, un pèlerinage sous la menace du choléra », publié le 30/03/2005 sur www.rfi.fr.

l'échelle de Richter a frappé l'agglomération de Port-au-Prince. La fragilité des fondations des habitations, qui ne répondaient pas aux normes sismiques, et la densité humaine de l'aire métropolitaine, qui atteignait 15 106 habitants au km², ont contribué à alourdir le bilan de la catastrophe (Gumier, 2011, p. 184). 316 000 morts, 350 000 blessés et 1,5 millions de sans-abris, ont été enregistrés au 12 janvier 2011⁶⁹. Neuf mois après ce séisme qui a déstructuré le système socio-sanitaire du pays, à la mi-octobre 2010, des cas de choléra sont déclarés. Un premier bilan réalisé par le ministère haïtien de la santé (cité par Gumier, 2011, p. 184) fait état de 439 604 personnes touchées et 6 266 décédées, au 29 août 2011.

Par ailleurs, le choléra peut être produit par les interactions entre l'homme et l'environnement physique, à l'occasion des activités économiques, commerciales, ou d'installation des habitants. Ainsi, des populations vivant en zone lacustre ont-elles souvent été victimes de choléra dans divers pays africains.

Au Mali, la région de Mopti, située le long du fleuve Niger a été la seule à être touchée par toutes les épidémies de choléra enregistrées dans le pays de 1995 à 2004 (Soukalo *et al.*, 2009). À l'est de la RDC, à peine 10% des zones de santé, toutes situées à proximité des lacs, jouent le rôle de « zones sanctuaires »⁷⁰ pour le choléra (Bompangue, 2009). Mais les cours d'eau peuvent également être pollués par les déjections humaines porteuses de vibron du choléra. Les rapports de mission et les témoignages des populations des villages riverains du fleuve Artibonite, épice de l'épidémie de 2010 en Haïti, ont révélé la contamination de ce fleuve par les matières fécales des soldats népalais de la MINUSTAH⁷¹, déversées par des tuyaux dans un affluent du fleuve situé à Meille (Gumier, 2010, p.187).

La dissémination de la maladie au sein des populations est favorisée par l'usage de l'eau provenant de ce fleuve dans l'agriculture, dans l'espace domestique comme eau de boisson, de toilette, de lessive. C'est pourquoi les personnes ayant des interactions avec ces zones lacustres sont les plus vulnérables au choléra. En RDC, les pêcheurs et les commerçants qui vivent dans des campements au bord du lac Tanganyika, bâtis sur la terre ferme ou flottant sur l'eau, fortement peuplés en période de pêche, avec un manque d'eau potable, d'hygiène et d'assainissement, ont déclaré la survenue d'épidémies régulières de choléra (Bompangue, 2009, p. 151).

⁶⁹ Selon les propos du Premier ministre haïtien, Jean-Marc Bellerive, sur Radio Canada, 2011, cité par Gumier, 2011, p. 184.

⁷⁰ Zones sources du choléra.

⁷¹ Mission des Nations Unies pour la stabilisation en Haïti.

2.3.3 Le choléra comme révélateur de l'effet de la précarité des conditions de vie sur la production des risques environnementaux

L'analyse comparative des facteurs d'épidémies de choléra entre pays industrialisés et d'Afrique subsaharienne révèle des similitudes. Globalement, la précarité des conditions de vie contribue à produire le risque cholérique, hier dans les pays industrialisés et aujourd'hui en Afrique subsaharienne. Le risque cholérique est le produit de la dégradation de l'environnement, d'une part à l'occasion des conflits armés, et d'autre part par l'action des populations paupérisées dans les milieux urbains.

En effet, les conditions hygiéniques très difficiles dans lesquelles se sont déroulés les conflits armés au XIX^e siècle (Rasmussen, 2004) ont favorisé la dissémination du choléra, aussi bien parmi les soldats que les populations civiles. Le conflit russo-polonais, la guerre de Crimée, etc., ont joué un rôle dans l'introduction et le développement du choléra dans les pays industrialisés. Le rôle de vecteur joué par les troupes armées s'est également manifesté à l'occasion de la septième pandémie. Les troupes népalaises ont transporté le choléra en Haïti en 2010. Il est vrai qu'il ne s'agit pas d'un terrain d'affrontement, mais plutôt d'une opération de maintien de paix, suite à une catastrophe naturelle.

Cependant, dans le contexte africain, les guerres ont joué plutôt un rôle de réactivation du choléra, qui existe de façon endémique sur le continent. La destruction des habitations et des cadres de vie en général occasionnent des déplacements de populations et leur concentration dans des espaces plus ou moins épargnés par les hostilités.

La crise humanitaire apparaît ici comme un facteur politique moderne lié à des actions politiques, mais aussi à l'effet de l'environnement. Si les guerres ont pu provoquer des crises humanitaires au XIX^e siècle, ces dernières sont aussi, en Afrique subsaharienne, le résultat de phénomènes environnementaux tels que la sécheresse, occasionnant des déplacements de populations. Les crises humanitaires liées à l'environnement n'ont pas été mises en exergue dans le cadre des épidémies du XIX^e siècle.

Ensuite, les conditions socio-économiques dans lesquelles le choléra se développe se recoupent, entre les villes industrialisées du XIX^e siècle et celles d'Afrique subsaharienne. L'insalubrité des logements, la consommation d'eau non potable, la sous-alimentation constituent les dénominateurs communs au choléra dans les villes industrielles au XIX^e siècle et aux épidémies actuelles dans les pays africains. De plus, même si la maladie est bien

connue au niveau politique, des populations africaines, à l'image de la classe ouvrière des pays industrialisés, l'attribuent encore à l'action d'un bouc émissaire surnaturel.

Par ailleurs, l'action de l'environnement physique, notamment des catastrophes naturelles, apparaît comme un facteur nouveau du choléra moderne. Même si les effets des interactions entre l'homme et son environnement ont été relevés comme favorisant le choléra au XIX^e siècle⁷² dans les pays industrialisés, l'action directe de l'environnement, lors de séisme par exemple, n'a pas été mise en relief dans les études sur le choléra. Cela témoigne des préoccupations actuelles sur la dégradation de l'environnement et les risques nouveaux qu'elle peut faire apparaître.

Enfin, les épidémies du choléra ont produit des effets sociaux différents selon qu'il s'agisse des pays industrialisés au XIX^e siècle ou d'Afrique subsaharienne actuellement. Elles ont été à l'origine de mobilisations sociales des classes ouvrières contre les classes dominantes dans les villes industrielles, reposant sur le soupçon d'empoisonnement des puits, de la nourriture et l'air par la bourgeoisie, alors qu'on assiste à une sorte d'immobilisme des populations africaines face aux nuisances environnementales. Les mobilisations ouvrières étaient donc fondées sur l'extériorité de la menace, c'est-à-dire la responsabilité présumée des classes sociales dominantes dans la production des épidémies. Dans cette perspective, on peut faire l'hypothèse que l'absence de mobilisation collective face au risque de choléra en Afrique en général et au Bénin en particulier, tient aussi au fait que les risques sanitaires d'origine environnementale sont localement produits par les habitants.

2.4 Les inégalités face à la maîtrise du choléra entre pays industrialisés et d'Afrique subsaharienne

La maîtrise du choléra dans les pays industrialisés a été amorcée dès la cinquième pandémie (1881-1896). Si l'Europe occidentale et l'Amérique du Nord ont enregistré des victimes lors de cette pandémie, ses effets ont été moindres par rapport aux pandémies précédentes (Bourdelaïs, 1987, p. 50). La sixième pandémie n'a pas franchi les frontières des pays industrialisés. C'est là le résultat d'un certain nombre d'actions et de politiques mises en œuvre, non seulement aux frontières, mais aussi à l'intérieur des pays concernés. Au

⁷² On peut évoquer à ce sujet l'article d'Agnès Rollet et Catherine Fine (1974), qui met en lumière la vulnérabilité au choléra des communes riveraines des points d'eau en France, du fait de la pollution de ceux-ci par les déjections humaines. L'épidémie de 1832 dans l'ancien département français de Seine-et-Oise s'est propagée le long de l'Essonne, l'Orge, l'Oise, touchant la plupart des communes riveraines.

contraire, la persistance du choléra en Afrique subsaharienne traduit les difficultés de mise en œuvre de telles actions.

2.4.1 Des contrôles sanitaires aux frontières à la salubrité publique : les mesures face au choléra dans les pays industrialisés

Confrontés aux conséquences des épidémies de choléra à partir de 1831, les pays industrialisés ont mis en place des mesures visant à comprendre et à maîtriser la maladie. Il s'agit de recherches scientifiques, de contrôles sanitaires, et de mesures de salubrité dans les villes.

Les recherches sur la maladie ont commencé par la collecte et l'étude des statistiques. L'organisation de l'information a été une action prioritaire des différentes administrations. En France, lors de l'épidémie de 1832, il a été mis en place un système de correspondance régulière et centralisée permettant la constitution d'une statistique détaillée sur l'épidémie. Les maires faisaient parvenir aux sous-préfets, et ceux-ci aux préfets, des rapports détaillés sur la marche de la maladie dans leurs communes. Ils devaient notamment renseigner la date d'invasion de la maladie, la date de la fin de l'épidémie, le nombre de malades et de morts par âge et par sexe. Il était également demandé aux médecins des rapports détaillés, la statistique apparaissait comme un des meilleurs moyens pour comprendre le fléau (Rollet, Fine, 1974, p. 963).

C'est justement sur ces statistiques que se sont fondées les premières études sur la maladie. En France, le *rapport sur la marche et les effets du choléra morbus dans Paris*, conduit par Benoiston de Châteauneuf, et les enquêtes de Louis-René Villermé, ont établi le lien entre mortalité cholérique et conditions de vie des classes laborieuses (Delaporte, 1995, p. 50 ; Le Mée, 1998, p. 388). Les facteurs liés à l'existence humaine tels que le revenu, la profession, l'habitat et le genre de vie sont identifiés comme causes favorisantes des maladies (Delaporte, 1995, p. 50), et donc du choléra. Ce lien est résumé par Villermé en ces termes : « *quand les maladies sont une fois développées, elles sont plus mortelles chez les indigents que chez les gens aisés* » (Villermé, 1828, cité par Delaporte, 1995, p. 49).

C'est dans le prolongement des enquêtes des hygiénistes qu'il faut situer les travaux des commissions de salubrité. En effet, pour prévenir l'invasion du choléra en France, l'administration a pris un arrêté le 20 août 1831 pour instituer la commission centrale de salubrité, avec ses démembrements au niveau des arrondissements et des quartiers. Ces commissions avaient pour objectif de visiter les points de rassemblements réguliers et

temporaires, tels que les marchés, les églises, les cabarets, les manufactures, les ateliers, les dépôts, etc. Elles devraient également inspecter l'état des puits, des puisards, des latrines et des fosses d'aisance, dans les habitations (Delaporte, 1990, p. 24). En l'espace de deux mois, les commissions ont visité plus de 900 propriétés, tant privées que publiques, et ont suggéré, en réponse aux dépôts d'immondices et à l'absence de pavage dans un grand nombre de rues, l'établissement des fontaines, d'égouts, de latrines publiques, l'enlèvement des ordures et le percement de nouvelles rues (Delaporte, 1990, p. 24). Même si les conclusions des commissions de salubrité de 1831 n'ont pas été appliquées par l'administration, elles ont tout de même contribué plus tard à la mise en place d'une politique d'urbanisation.

Par ailleurs, c'est grâce aux statistiques que le lien entre l'eau et le choléra a été identifié. En effet, dès 1854, en pleine épidémie de Londres, le chirurgien John Snow a entrepris d'observer la géographie du choléra. Après analyse des statistiques, il a été frappé par la forte mortalité dans un quartier très circonscrit. L'examen d'un plan détaillé lui a permis d'établir le lien entre la maladie et l'eau. À l'époque, deux compagnies assuraient la fourniture d'eau potable au sud de Londres, à la population pauvre de la rive méridionale de la Tamise : la compagnie Lambeth tirait l'eau de la Tamise, en amont de la ville, à Thames Ditton ; la compagnie de Southwark puisait l'eau, quant à elle, à Battersea, plus en aval, où l'eau est polluée. John Snow a prouvé que la mortalité cholérique dans les maisons alimentées par l'eau de Southwark a été neuf fois plus élevée que celles alimentées par l'eau de Lambeth. Pour le chirurgien anglais, l'eau polluée de Battersea, fournie à la fontaine publique de Broad Street était donc à l'origine du choléra (Delaporte, 1995, pp.57-58 ; Bordelais, 1987, p.79).

Parallèlement à ces enquêtes statistiques et cartographiques, des études microbiologiques visaient également à identifier le micro-organisme responsable du choléra. A la suite de Pasteur qui a démontré que les maladies infectieuses sont provoquées par les microbes, Koch a pu identifier le vibrion responsable du choléra. En effet, c'est au cours de la cinquième pandémie que le vibrion cholérique est décrit par Robert Koch en 1889 lors de sa mission à Alexandrie en Egypte, puis à Calcutta en Inde (Bourdelaïs, Dodin, 1987, p. 50). Lorsqu'en 1883, le choléra a atteint l'Egypte, ce pays demande l'aide de la France et de l'Allemagne. Si la mission française, composée entre autres d'Emile Roux et de Louis Thuillier de l'Institut Pasteur, et installée à l'hôpital français d'Alexandrie, se solde par un échec, c'est l'équipe allemande dirigée par Koch qui arrive plus tard en Egypte, puis part pour Calcutta du fait de l'extinction progressive de l'épidémie dans le premier pays. C'est donc en Inde qu'il isole le bacille dans l'intestin des personnes décédées du choléra.

Les différentes découvertes, sur les causes sociales et bactériologiques, marquent un tournant décisif dans la lutte contre le choléra dans les pays industrialisés. Elles ont, d'une part, rendu le diagnostic bactériologique possible et les quarantaines plus efficaces (Dedet, 2010, p. 55), et fondé, d'autre part, les mesures de salubrité publique mises en œuvre en France, en Angleterre et en Allemagne, etc.

Les premières mesures de maîtrise du choléra prises aux frontières des pays, puisqu'elles constituaient le point d'entrée de la maladie, consistaient en des contrôles sanitaires. Après la découverte de Koch en 1884, la ville de Brindisi (Italie) a par exemple mis en quarantaine, dans son port, un navire en provenance d'Égypte (Bourdelaïs, Dodin, 1987). Cette quarantaine a permis aux médecins de s'assurer qu'il n'avait pas de malades cholériques à bord. La même année, des mesures de désinfection ont été prises à la gare de Lyon envers des voyageurs venant de Toulon. La ville de New York s'est également dotée d'un laboratoire de contrôle à l'entrée de son port. Ainsi, la ville a-t-elle échappé à la contamination en 1887 (Bourdelaïs, Dodin, 1987).

En plus de ces mesures visant à contrôler l'entrée du choléra dans les villes, des poussées épidémiques ont été atténuées grâce à la salubrité publique et l'assainissement des logements. Pendant l'épidémie de 1832 à Paris, les quartiers populaires du vieux centre historique de la ville, tels que les quartiers Saint-Jacques et Jardin du Roi⁷³ sur la rive gauche de la Seine, île de la Cité, Arcis⁷⁴, Hôtel de Ville, Arsenal, Île-Saint-Louis et Quinze-Vingts sur la rive droite, et d'autres quartiers comme les Invalides et Saint-Thomas d'Aquin, avaient enregistré les plus forts taux de mortalité cholérique. En 1849, cette géographie de la mortalité cholérique avait été bouleversée. Même si la mortalité avait globalement régressé, il avait été observé une nette amélioration dans le centre historique, alors que, parmi les quartiers précités, Saint-Jacques, Jardin du Roi et Île-Saint-Louis avaient encore présenté une mortalité élevée, avec en tête le quartier Saint Marcel dans l'ancien 12^e arrondissement de Paris. Cette modification de la géographie de la mortalité cholérique est liée au fait que les préfets et médecins de l'époque avaient pris des mesures, consistant, entre autres, en l'installation par le préfet de police d'une commission centrale de salubrité qui devait chercher les causes de l'insalubrité des logements. Une loi contraignant les propriétaires à assainir leurs habitations locatives sous peine d'amende, proposée par M. Merlun, philanthrope et député du Nord, a été adoptée le 13 avril 1850 par l'assemblée législative. Des logements insalubres du centre historique avaient fait

⁷³ Actuel Jardin des Plantes.

⁷⁴ Situé entre le Châtelet et l'Hôtel de Ville.

l'objet de démolition, améliorant l'assainissement dans cette partie de la ville (Bourdelaïs, 1983, p. 383). Il s'agit là de la promotion d'une hygiène publique comme moyen d'éradication des épidémies et de la préservation de la santé.

Une véritable médecine politique s'est appuyée sur l'hygiène publique. Il s'agissait de désinfecter les foyers de diffusion des épidémies. Les quartiers sont remodelés, le système d'égouts et d'évacuation des eaux usées est perfectionné pour éliminer les sources de nuisances (Delaporte, 1995, p. 67). On assiste au « *spatialisme* », pour reprendre l'expression d'Albert Lévy, consistant à attribuer à l'espace un rôle médical ; car « *assaini, transformé, rectifié, l'espace urbain doit pouvoir éradiquer les épidémies* » (Lévy, 2012, p. 27).

Par ailleurs, en France, l'hygiénisme intègre aussi une dimension individuelle. En plus de procéder à la médicalisation de l'espace urbain, il s'est également intéressé aux catégories sociales les plus exposées aux maladies. Les interventions hygiénistes procédaient à leur recensement, leur portaient assistance en répondant à leurs besoins les plus urgents (Delaporte, 1995, p. 67). De plus, une organisation médicale était mise en place pour venir au secours des malades. Dans les communes peu desservies en personnel médical, l'administration a fait venir des médecins de Paris, notamment dans l'ancien arrondissement de Corbeil (Rollet, Fine, 1974).

En Grande-Bretagne, les épidémies successives de choléra à Londres n'ont pas laissé les autorités indifférentes. Edwin Chadwick mène la première grande réforme sanitaire anglaise, avec la loi de 1848, le *Public Health Act*. Cette loi initie l'installation du *General Board of health*, décliné localement pour chaque district pour l'assainissement de l'espace urbain londonien, avec notamment la construction d'égouts, le nettoyage des rues, l'enlèvement des ordures, l'évacuation des déchets et des animaux, l'alimentation en eau, le pavage et l'entretien des rues, la réalisation de jardins publics, la réglementation des abattoirs, des immeubles de location, avec un accent sur leur propreté et leur aération, la réglementation des lieux de sépultures, etc. (Levy, 2012, p. 32).

On peut estimer que si l'épidémie de 1892 a été meurtrière dans la ville de Hambourg, contrairement à Berlin et Brême, c'est parce que des politiques n'y ont pas été adoptées (Richard, 1987). En 1892, pour contrer la progression du choléra qui venait de la Russie, les autorités de Berlin avaient fait observer un certain nombre de mesures dictées par Robert Koch. Il s'agissait, entre autres, de faire traverser l'Allemagne par les voyageurs venant des régions orientales contaminées dans des wagons plombés et sans arrêt. Si Brême et Hambourg

étaient toutes deux des ports de l'empire allemand, les autorités de la première ville étaient plus sensibles aux questions de salubrité, en référence notamment aux mesures recommandées par Koch. Elles ont par exemple installé, dès 1871-1873, un réseau central de distribution d'eau potable, mais aussi mis en œuvre des mesures de quarantaine et d'isolement des personnes atteintes. Les autorités ont également sensibilisé les populations à se protéger de cette pathologie.

Contrairement à Brême, les autorités de Hambourg craignaient que la prospérité de la ville fût mise à mal par une réglementation sanitaire contraignante. Aucune mesure n'avait donc été prise. Les premiers cas de malades cholériques n'étaient même pas déclarés. La conséquence a été sans appel pour la ville, qui a enregistré environ 8 600 morts contre 6 pour Brême (Richard, 1987, cité par Bourdelais, 1990, p. 703).

Ces mesures de lutte contre les pathologies épidémiques, le choléra en l'occurrence, prises dans l'ensemble des pays industrialisés, ont eu des échos dans d'autres régions touchées par cette maladie du XIX^e siècle. C'est le cas notamment du Mexique, dont le gouvernement, s'inspirant des mesures prises dans le cadre des épidémies de choléra en Europe, avait mis en place des actions d'assainissement pour contrer l'épidémie de 1833 à Mexico (Delaporte, 1998). Une ordonnance avait été prise pour la création d'un conseil municipal de salubrité avec la nomination d'un commissaire par quartier.

L'efficacité des mesures mises en place dans les pays industrialisés pour éradiquer le choléra permet d'envisager, pour le cas de Cotonou, l'hypothèse que la lutte contre les risques sanitaires d'origine environnementale passe par l'assainissement de l'espace urbain et l'amélioration des conditions socio-économiques des populations. La persistance de ces risques dans les villes africaines en général, et à Cotonou en particulier, témoigne des limites des politiques environnementales et sociales en milieu urbain.

2.4.2 La lutte contre le choléra en Afrique subsaharienne : entre « surveillance » et « riposte »

Contrairement aux pays industrialisés qui ont pris des mesures axées sur la salubrité publique, l'assainissement des logements, l'assistance aux populations les plus exposées, les actions de lutte contre le choléra dans les pays africains sont essentiellement axées sur la surveillance de la maladie et la riposte aux épidémies. La surveillance épidémiologique vise à contrôler les maladies à potentiel épidémique et permet la circulation de l'information de la périphérie vers les niveaux intermédiaire et central. Elle remplit cinq fonctions essentielles, à savoir : la

détection des cas, la notification, l'investigation et la confirmation selon les normes définies, l'analyse et l'interprétation, et enfin l'action (OMS, 2000). La riposte, quant à elle, concerne la gestion des épidémies. Il s'agit d'un certain nombre d'actions incluant la prise en charge médicale des malades et les communications préventives de la propagation de l'épidémie (Makoutode *et al.*, 2010). La surveillance et la riposte font partie de la stratégie de contrôle des maladies à potentiel épidémique, dont le choléra.

En réponse aux recommandations de l'OMS, la plupart des pays disposent d'un système national de surveillance des maladies transmissibles, intégré dans le plan national de lutte contre les maladies. En RDC, par exemple, les activités de surveillance du choléra sont conduites à plusieurs échelons depuis les communautés à la base vers le niveau central (Bompangue, 2009). La communauté, en référence aux critères communautaires de définition, notifie des cas de choléra au centre de santé le plus proche ou au bureau central du district sanitaire. Les établissements de soin, utilisant des définitions plus élaborées de cas, détectent, identifient et dénombrent les malades. Ils produisent un rapport hebdomadaire, incluant le nombre cumulé de cas et de décès de la semaine écoulée, qu'ils transmettent au Bureau central de la zone de santé (BCZS). Le BCZS agrège les données reçues et les transmet à son tour aux échelons supérieurs, c'est-à-dire à l'Inspection Médicale de District et à l'Inspection Provinciale. Ces dernières font suivre les données agrégées de chaque zone de santé à la Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM), une direction technique du ministère de la Santé, correspondant à l'échelon central. Toutefois, les informations sont traitées et analysées à chaque échelon, avant même leur transmission à l'échelon supérieur, en vue de l'adaptation locale de la riposte.

En fonction de l'ampleur des épidémies, il est mis en place des Unités de Traitement (UTC) ou des centres de traitement du choléra⁷⁵ (CTC) (Bompangue, 2009). La prise en charge des malades cholériques mobilisent plusieurs acteurs, avec l'appui technique et financier d'organismes internationaux tels que l'UNICEF, la Croix Rouge, Médecins sans Frontière, etc. Des financements sont également mis à disposition du gouvernement congolais par l'Union européenne, l'USAID, la Coopération technique belge, etc., pour faire face aux épidémies.

Comme on peut l'observer, la lutte contre le choléra en Afrique, avec l'exemple de la RDC, est orientée vers la réduction de l'incidence et de la létalité. L'accent est en effet mis sur la

⁷⁵ Les UTC sont installés quand il n'y a pas beaucoup de cas de choléra, alors que les CTC sont adaptés au traitement d'un nombre élevé de malades cholériques.

gestion des épidémies, alors que les déterminants socio-économiques du choléra ne semblent pas faire l'objet d'actions publiques. C'est d'ailleurs ce qui explique que la plupart des structures impliquées dans la lutte contre le choléra relève des ministères de la Santé. Comme en RDC, au Bénin le Plan national de lutte contre les épidémies est élaboré par le ministère de la Santé, et définit les procédures de surveillance épidémiologiques et de riposte au choléra. Pourtant, l'Atelier de Dakar sur la lutte contre le choléra et les maladies diarrhéiques en Afrique de l'Ouest et du Centre, tenu du 14 au 16 mai 2008, a reconnu la dimension socio-économique de la maladie. L'atelier a d'ailleurs fortement recommandé « *d'analyser de manière approfondie et systématique les facteurs de risque épidémiologiques, socio-anthropologiques, environnementaux, climatiques et infrastructurels* »⁷⁶.

Cette recommandation demeure sans application réelle, car il n'existe pas de politique de promotion de la recherche en sciences sociales sur la maladie. Lorsqu'on entreprend une recherche sur le choléra, notamment en Afrique, on constate le silence des sociologues africanistes, alors que le continent est actuellement le plus touché par cette maladie, qui apparaît comme un enjeu social majeur. Les rares travaux sur le sujet en Afrique sont réalisés par des épidémiologistes (Dao *et al.* 2009 ; Makoutodé *et al.*, 2010 ; Gbary *et al.*, 2011) ou des spécialistes des sciences de l'environnement (Bompangué, 2009). Ces études ne s'intéressent pas aux aspects socio-économiques et politiques de la maladie, ou les évoquent de façon marginale. Les spécialistes de sciences sociales semblent peu diserts à ce propos, avec de rares exceptions en géographie – on peut évoquer le mémoire de maîtrise en géographie de Johanna Lévy (2002), sur le choléra dans la ville de Tuléar à Madagascar.

Malgré l'existence d'un schéma de surveillance épidémiologique dans la plupart des pays africains, l'information statistique sur le choléra y est peu organisée. S'il existe une compilation des chiffres au niveau national, leur déclinaison aux différentes échelles locales n'est pas réalisée. Ainsi, fait-on face à une véritable difficulté face à la compréhension de la distribution des cas de choléra dans les pays et les territoires. Or, on l'a vu, les statistiques ont constitué dans les pays industrialisés la première étape vers la maîtrise des épidémies. C'est sur elles que se sont basées les différentes enquêtes sur les causes sociales de la maladie. En l'absence d'une information statistique organisée par les autorités administratives et sanitaires, les tentatives de recherches sont difficiles à mettre en œuvre. Dans le cadre de cette thèse, nous avons dû parfois recourir aux articles de presse pour analyser les facteurs

⁷⁶ UNICEF, OMS, *L'Atelier de Dakar sur la lutte contre le choléra et les maladies diarrhéiques en Afrique de l'Ouest et du Centre*, 14 au 16 mai 2008.

déterminants du choléra dans certaines villes africaines. Malgré leur importance, en ce sens qu'ils constituent des matériaux de recherche à part entière, ces articles ne sauraient remplacer les statistiques sur la maladie.

En l'absence de recherches scientifiques conséquentes sur le sujet, les actions de lutte contre le choléra sur le continent africain demeurent approximatives. Comme on le verra pour le cas du Bénin, les mesures préventives sont essentiellement orientées vers les campagnes de sensibilisation. Or, les déterminants socio-économiques et politiques de la maladie demeurent. Nous avons déjà évoqué la persistance de l'insalubrité dans l'ensemble des villes africaines. L'absence d'une politique réelle de logement explique en partie l'occupation des zones dangereuses dans les espaces urbains, avec à la clef un accès très limité à l'eau potable et à l'assainissement (Davis, 2006). Les populations continuent de s'entasser dans des taudis et des bidonvilles, créant de nouveaux foyers cholériques. Dans ces conditions, on peut craindre que les pays africains soient encore loin de l'éradication du choléra.

Conclusion du chapitre

Cette analyse comparative des conditions socio-économiques et politiques de développement du choléra révèle que la maladie prospère à l'occasion des conflits armés, dans les milieux insalubres et surpeuplés, dans des situations de crises humanitaires et de catastrophes naturelles. Toutefois, ces facteurs jouent des rôles nuancés dans les contextes socio-historiques distincts des pays industrialisés et d'Afrique subsaharienne. Si les troupes militaires constituent l'un des vecteurs essentiels de la propagation du choléra au XIX^e siècle, en le transportant d'un lieu à un autre, les conflits armés en Afrique subsaharienne favorisent le développement du choléra par la destruction des systèmes socio-sanitaires et les déplacements massifs de populations. Le vibron cholérique est endémique sur le continent et les guerres participent à sa réactivation. C'est d'ailleurs un rôle similaire que jouent les catastrophes naturelles et les crises humanitaires. Par ailleurs, l'insalubrité du cadre de vie, la consommation d'eau polluée, la mauvaise alimentation sont des conditions dans lesquelles le choléra s'est développé dans les villes industrielles, et qu'il rencontre encore aujourd'hui dans les pays africains. C'est donc une maladie aux causes éminemment socio-économiques.

C'est parce que le choléra a une dimension sociale que son éradication passe par la mise en œuvre d'actions publiques. La maîtrise de la maladie dans les pays industrialisés est le résultat de mesures concrètes, éclairées par des recherches scientifiques. Les réponses politiques,

matérielles et sanitaires apportées au choléra du XIX^e siècle ont pris en compte la complexité des facteurs qui le déterminent. C'est pourquoi, en plus de l'hygiène publique, les mesures se sont intéressées aux conditions de vie des classes ouvrières, par une réglementation de l'habitat locatif, la fourniture d'eau potable, l'assistance aux personnes démunies et plus exposées aux épidémies. Le contexte de l'ignorance de l'étiologie du choléra explique l'adoption de mesures urbanistiques globales, ayant permis l'éradication définitive de la maladie dans les pays industrialisés.

On comprend alors que la persistance de la septième pandémie de choléra en Afrique subsaharienne révèle les difficultés des pays à mettre en œuvre des actions visant à lutter efficacement contre la maladie. Le choléra y rencontre toujours des conditions dans lesquelles il prospère, car les mesures prises sont globalement limitées. Ses causes socio-économiques semblent être occultées, et les actions de lutte privilégient les sensibilisations individuelles et la prise en charge médicale. Cette démonstration permet finalement de fonder notre double hypothèse. D'une part, la prise de conscience face aux risques sanitaires d'origine environnementale peut être entravée par la précarité des conditions socio-économiques. D'autre part, on ne peut réduire ces risques sanitaires qu'en agissant sur les conditions socio-économiques qui contribuent à les produire. Dans cette perspective, et nous le montrerons par l'exemple du Bénin, la persistance du choléra dans les pays africains en général témoigne du décalage entre les causes socio-économiques et les réponses publiques apportées. Auparavant, il nous faut spécifier notre approche méthodologique.

Chapitre 3

Un croisement de méthodes pour étudier les inégalités socio-spatiales face aux
risques sanitaires environnementaux à Cotonou

Les méthodes quantitatives sont souvent privilégiées pour étudier les inégalités sociales de santé, en particulier en ce qui concerne l'analyser des relations entre les caractéristiques socio-économiques des groupes sociaux et leur état de santé (Fassin, 2000). L'enquête statistique sur des pathologies diverses et la mortalité permet une étude à grande échelle sur des échantillons autorisant une généralisation à l'ensemble de la population (Paraizot, 2012, p. 93). Cependant, cette approche ne semble pas aussi pertinente dans le cadre d'une étude à l'échelle locale des quartiers, où les caractérisations disponibles à partir des recensements sont insuffisantes pour traiter de tels cas. De plus, elle ne rend pas compte de la complexité des phénomènes sociaux, qui ne sont pas toujours la simple projection du statut socio-économique. Par exemple, dans le 13^e arrondissement de Paris, les quartiers nord, plus favorisés, et ceux du sud qui le sont moins, présentent la même tendance face au dépistage du cancer de sein chez les femmes de 50 à 70 ans, contrairement aux disparités d'accès en fonction de la position sociale soulignées par les épidémiologistes (Rican *et al.*, 2014). L'effet de lieu de résidence et de l'espace de vie sont donc à prendre en compte dans les études à des échelles fines (Rican *et al.*, 2014).

Dans le cadre de notre recherche visant à mettre en avant l'effet de lieu dans les inégalités socio-spatiales de santé dans la ville de Cotonou, avec le choléra comme analyseur, nous avons dès lors retenu une pluralité de méthodes complémentaires les unes aux autres, et organisées autour d'une approche pluridisciplinaire. Ce chapitre vise donc, d'une part, à expliquer le choix de la ville et des quartiers de Cotonou comme cadre d'étude, et, d'autre part, à montrer comment la mobilisation de l'épidémiologie, de la géographie, de l'anthropologie dans une recherche sociologique, ainsi que le recours à des sources diverses, de l'observation de terrain aux articles de presse, nous ont permis de comprendre la complexité des interactions entre choléra et facteurs socio-économiques, politiques et environnementaux.

3.1 Les inégalités socio-spatiales de santé dans l'espace urbain : une approche pluridisciplinaire

C'est d'abord sur les villes que les études sur les inégalités sociales de santé, avec la mortalité comme descripteur, ont été réalisées. Dans les sociétés d'Europe occidentale, les mesures effectuées par les historiens-démographes sur les tables de mortalité des générations nées entre 1625-1684 et 1715-1790 dans les villes de Genève et de Rouen ont montré des écarts sociaux très importants face à la mort (Bourdelaïs, 2000). Du fait de la concentration des

hommes et des activités économiques, il est plus facile d'observer les disparités de situations socio-économiques dans les villes. Au contraire, les études sur le milieu rural, menées par la nouvelle démographie historique française dans les années 1950-1960, ont révélé que les pics de mortalité observés aux XVII^e et XVIII^e siècles étaient essentiellement dus aux épidémies, qui touchaient sans distinction toutes les classes sociales (Bourdelaïs, 2000, p. 29). De nombreuses monographies ont ainsi affirmé que l'inégalité sociale face à la mort n'était pas observée dans les villages, ce qui a fait dire à certains auteurs que les inégalités de mortalité étaient un phénomène géographique (Chaunu, cité par Bourdelaïs, 2000). Toutefois, les liens de cause à effet entre la sous-nutrition, la malnutrition et la vulnérabilité aux épidémies, mis en exergue plus tard, laisse supposer des conséquences des inégalités alimentaires sur la mortalité. Mais la seule étude ayant souligné une mortalité rurale différenciée socialement a été confrontée à une difficulté d'ordre méthodologique. Elle n'a pas réussi, en effet, à obtenir des résultats statistiquement significatifs du fait d'effectifs trop faibles (Derouet, 1980, cité par Bourdelaïs, 2000, p. 30). Le milieu urbain présente donc des conditions favorables pour l'étude des inégalités sociales de santé. Le choix de Cotonou permet de comprendre comment la structuration socio-spatiale de la ville peut expliquer la prévalence du choléra.

3.1.1 Cotonou : du petit village de pêcheur à la capitale économique du Bénin

Pour comprendre le rôle de la structuration socio-spatiale de Cotonou dans la prévalence du choléra, il nous faut d'abord présenter la ville, afin de mettre en exergue ses caractéristiques environnementales et socio-économiques, dont l'interaction contribue au développement des épidémies de choléra.

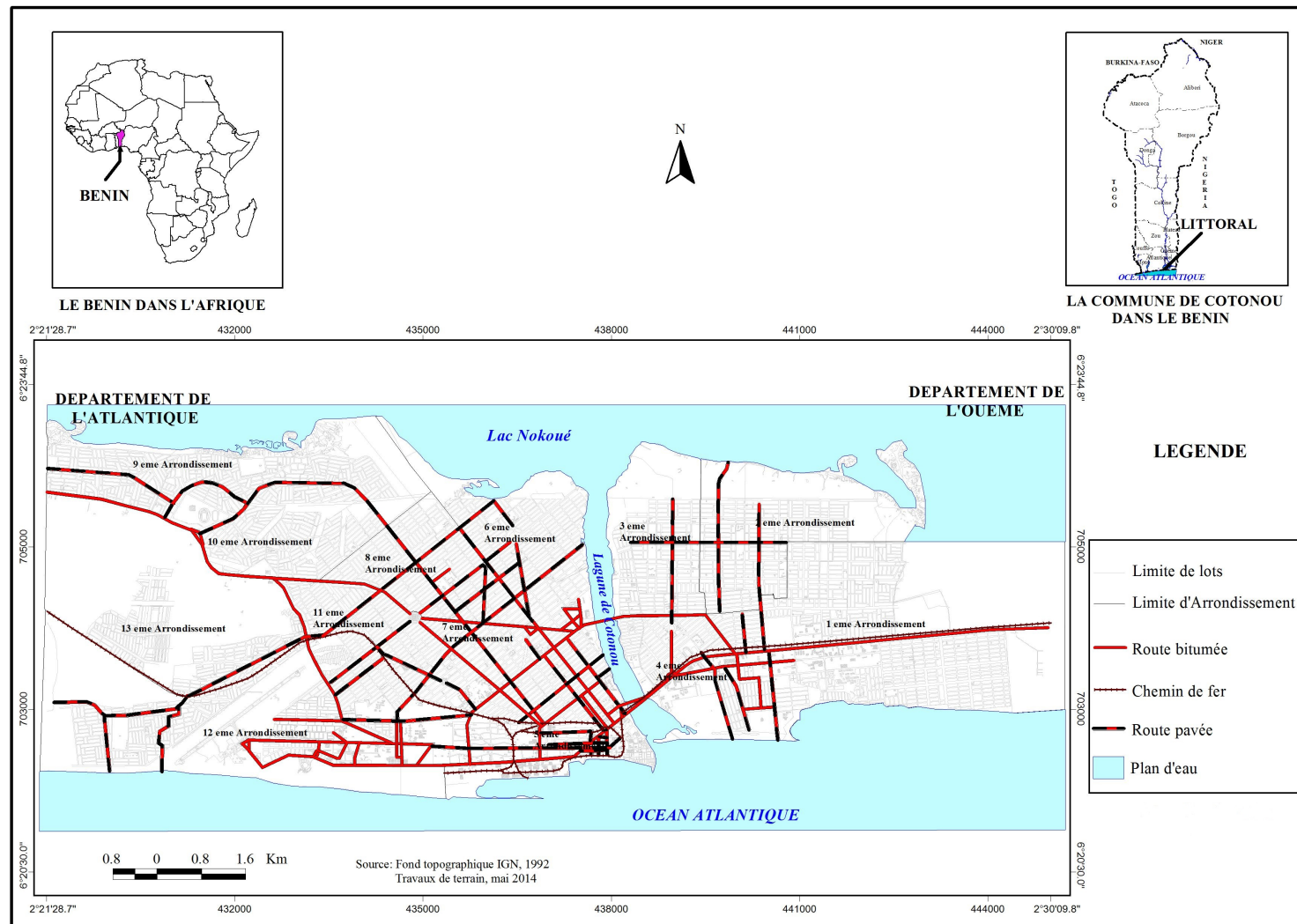
En effet, Cotonou est une ville côtière située dans la région méridionale du Bénin, sur le cordon littoral entre le lac Nokoué et l'Océan Atlantique (voir carte à la suite). D'une superficie de 79 km², cette ville du golfe de Guinée, traversée par la lagune, présente un climat de type tropical humide avec une alternance de deux saisons pluvieuses et de deux saisons sèches. Cotonou est la seule commune du département du Littoral (PDC⁷⁷, 2008).

C'est dans l'histoire de la ville que l'on comprend déjà sa constitution autour de cours d'eau et l'origine des populations autochtones dont l'activité principale est la pêche. Celles-ci sont installées pour la plupart dans les quartiers riverains du lac Nokoué et de la lagune de Cotonou, quartiers particulièrement touchés par le choléra, et dans lesquels nous avons mené

⁷⁷ Plan de développement communal.

nos enquêtes de terrain. C'est également en retraçant l'évolution de la ville que l'on peut comprendre les problèmes socio-sanitaires liés à l'urbanisation d'un village de pêcheurs devenu capitale économique du Bénin.

Carte 6 : Ville de Cotonou



Source : Fousséni, 2015

Le nom actuel de Cotonou vient de la toponymie « kutonu » qui signifie, en langue locale fongbé, l'« embouchure du fleuve de la mort »⁷⁸. Cette appellation a pour origine la couleur rougeâtre des arbres qui bordaient le lac Nokoué. Selon les populations locales, cette couleur faisait penser au sang des âmes des morts, qui proviendrait des cours du fleuve Ouémé, situé plus à l'est. Selon d'autres sources, cette toponymie serait venue du rôle de plaque tournante joué par la ville dans le trafic des esclaves (PDC, 2008, p. 13). Cotonou était un ancien petit village de pêcheurs qui a suscité beaucoup d'intérêt avec l'abolition officielle de la traite négrière en 1848 par Victor Schœlcher. A partir de ce moment, les rois d'Abomey⁷⁹ embarquent clandestinement les esclaves de Cotonou, parce qu'il leur était interdit de les faire passer par Ouidah⁸⁰. En 1878, le roi Ghézo d'Abomey cède le territoire de Cotonou à la France. Des succursales des sociétés de commerce, jusque-là installées sur la côte ouest à Ouidah, ont ouvert leurs portes dans cette nouvelle ville en plein essor économique. L'embarquement des esclaves a fait très vite place au transport de divers produits commerciaux. Cotonou devient une ville commerciale et abrite une garnison militaire (Houindo, 1998, p. 13). A partir de 1891, la construction du wharf⁸¹ et des réseaux ferroviaire et routier favorise l'essor démographique de la ville. Celle-ci s'est étendue progressivement vers le nord sur des sites marécageux du lac Nokoué et de la rivière Sô. La crue de ces cours d'eau inonde la ville bâtie sur un terrain plat – et l'on verra plus loin le rôle que jouent les sites marécageux et humides dans la prévalence du choléra, car ce sont les quartiers situés sur la berge du lac Nokoué et la lagune de Cotonou qui présentent les cas les plus nombreux de choléra dans la ville de Cotonou.

La construction du wharf a entraîné le transfert des services administratifs et des maisons de commerce de la capitale Porto-Novo vers Cotonou (Houindo, 1996-1997, p. 14). Après l'indépendance en 1960, les autorités politiques d'alors ont transféré le siège du gouvernement et presque tous les départements ministériels à Cotonou, faisant de la ville une véritable capitale politique, même si son atout économique (Houindo, 1996-1997, p. 14) est mis en avant. Ainsi la ville a-t-elle connu une croissance démographique très rapide. Sa population est passée de 78 000 habitants en 1961, à 320 348 en 1979, à 536 827 en 1992, et à

⁷⁸ Mairie de Cotonou, « Tout savoir sur Cotonou » publié sur le site de la municipalité, <http://mairiedecotonou.com>, le 16/06/2011 et consulté le 14 octobre 2014.

⁷⁹ Abomey est situé sur le plateau central du Bénin, à 145 km de Cotonou.

⁸⁰ Ouidah est une ville située à 42 km à l'Ouest de Cotonou. C'était le lieu d'embarquement des esclaves depuis le Bénin.

⁸¹ Le wharf est une plate-forme avançant dans la mer et perpendiculaire au rivage, le long de laquelle un bateau peut s'amarrer pour son chargement et son déchargement.

665 100 en 2002 (INSAE⁸², 2002). De 5,4% entre 1961 et 1979, le taux d'accroissement annuel de la population de la ville passe à 7,7% entre 1979 et 2002. La population urbaine de Cotonou représentait, en 2002, 9,8% de la population totale du Bénin (INSAE, 2008). Selon les résultats du dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 4) de 2013, cette proportion a baissé à 6,8% en 2013. Concrètement, la population de la ville qui était de 665 100 habitants en 2002 est passée à 920 013 habitants en 2012, selon les estimations de l'INSAE, et a chuté à 679 012 habitants en 2013 (INSAE, 2015). La ville aurait donc perdu en un an, de 2012 à 2013, environ 241 139 habitants.

Cette chute du poids démographique de la ville peut être expliquée, selon l'INSAE, par l'ampleur que prennent les villes environnantes comme Abomey-Calavi, Ouidah et Sèmè-Kpodji, qui sont désormais de véritables cités dortoirs. Les classes moyenne et supérieure constituées de cadres, d'opérateurs économiques, etc., se sont installées dans ces communes avoisinantes et viennent travailler dans la ville de Cotonou. Le développement des voitures individuelles facilite également un tel trajet quotidien.

Cependant, l'écart entre l'effectif estimé de la population de Cotonou de 2012 et les résultats du recensement de 2013 est très élevé, et appelle à la réserve. Même si les communes environnantes absorbent une partie de la population de Cotonou, la ville de Cotonou n'a pas cessé de recevoir des migrants, aussi bien d'origine nationale qu'extra-nationale. En 2002, si 83,6% des migrants vers la ville était d'origine béninoise, 5,7% provenaient du Togo, 2,2% de la Côte d'Ivoire, 1,5% du Niger et 1,1% du Nigeria (INSAE, 2002). À cela, on peut ajouter l'accroissement naturel lié aux naissances. De plus, l'exode des populations de Cotonou vers les communes avoisinantes ne s'est pas opéré en une seule année pour qu'il entraîne une chute aussi forte de l'effectif de la population. Ce dernier apparaît sous-estimé par l'INSAE.

Cette présentation de la ville de Cotonou, d'un double point de vue physique et démographique, révèle des conditions propices au développement des pathologies infectieuses et parasitaires que nous avons étudiées dans le premier chapitre. Au site marécageux et inondable, s'ajoute une forte densité humaine. En 2012, cette densité était de 11 645 habitants au km².⁸³ La croissance démographique de la ville favorise son extension sur les berges lagunaires, et l'installation des populations, comme on le verra, dans des conditions caractérisées par un déficit d'infrastructures socio-sanitaires.

⁸² Institut national de statistiques et d'analyse économique.

⁸³ Cette densité est calculée à partir de l'estimation de la population de Cotonou à 920 013 habitants (INSAE, 2013), sachant que sa superficie est de 79 km².

Ce n'est donc pas par hasard que la ville de Cotonou est marquée par la prédominance des pathologies infectieuses et parasitaires. Même si les traumatismes sont également courants dans la ville, et liés, entre autres, aux accidents de circulation, les maladies infectieuses et parasitaires rencontrées entre 2010 et 2013 ont des incidences relativement élevées.

Tableau 5 : Incidence des affections les plus courantes dans la ville de Cotonou entre 2010 et 2013

Années	2010		2011		2012		2013	
Affections	Nombre de cas	Incidence ‰	Nombre de cas	Incidence ‰	Nombre de cas	Incidence ‰	Nombre de cas	Incidence ‰
Paludisme	174 081	20,2	136 883	15,4	118 450	12,9	110 129	11,6
Infections respiratoires aiguës	59 781	6,9	55 903	6,3	53 039	5,8	84 668	8,9
Anémie	15 289	1,8	15 949	1,8	18 695	2	16 704	1,8
Traumatismes (dont accident de circulation)	27 718	32,1	28 354	31,8	29 177	31,7	26 885	28,3
Maladies diarrhéiques	37 695	-	13 298	-	13 670	-	13 869	-
Hypertension artérielle	8 773	10,2	10 953	14	10 488	13	10 630	12,7
Diabète	684	-	772	-	890	-	620	-

Source : MSP, Annuaire des statistiques 2010, 2011, 2012, 2013. Les – renvoient aux données non disponibles.

Entre 2010 et 2013, l'incidence du paludisme est comprise entre 20,2 et 11,6‰, et celle des infections respiratoires aiguës entre 6,9 et 8,9‰. Les maladies diarrhéiques et l'anémie sont également courantes en consultation médicale. Pour l'année 2010, les maladies diarrhéiques sont constituées de choléra, de diarrhées fébriles, de diarrhées avec déshydratation, d'affections gastro-intestinales. De 2011 à 2013, elles ne prennent en compte que les diarrhées fébriles, et les diarrhées avec déshydratation, ce qui peut expliquer que le nombre de cas soit moins élevé en 2013 qu'en 2010. Il faut toujours émettre des réserves par rapport aux pathologies diagnostiquées : le nombre de malades enregistrés pour chacune de ces pathologies est certainement en-dessous du nombre réel de cas, car tous ne se rendent pas dans un centre de santé.

3.1.2 Etudier le lien entre structuration socio-spatiale et choléra : une approche au croisement de l'épidémiologie, de la géographie et de la sociologie

Si les inégalités socio-spatiales dans l'espace urbain sont universelles, la structuration actuelle des villes africaines est héritée du système colonial. Elle reflète ainsi leur histoire et les conceptions urbanistiques qui ont successivement prévalu, comme le montre Jean-Luc Piermay (1993, p. 92) pour le cas des villes d'Afrique centrale. « *La zone habitée par les colonisés n'est pas complémentaire de la zone habitée par les colons [...]. La ville du colon est une ville en dur, toute de pierre et de fer ; c'est une ville illuminée, asphaltée, où les poubelles regorgent toujours de restes inconnus, jamais vus, même pas rêvés [...]. La ville du colonisé, ou du moins la ville indigène, le village nègre, la médina, la réserve, est un lieu mal famé, peuplé d'hommes mal famés [...]. C'est un monde sans intervalles, les zones y sont les unes sur les autres. La ville du colonisé est une ville affamée* » (Fanon, 1968, cité par Granotier, 1980, p. 55).

Cependant, même si cette organisation des villes africaines de l'époque coloniale a des influences sur leur structure actuelle, il convient d'être prudent vis-à-vis d'une conception de la structure urbaine marquée par le clivage entre, d'un côté, des quartiers dorés hérités des colons et, de l'autre, des quartiers pauvres dans lesquels s'entassent des populations autochtones. Cette structure dualiste n'est pas transposable aux villes africaines actuelles, encore moins à la ville de Cotonou. Car les aires de résidence ou les quartiers de cette ville ne sont pas tous homogènes d'un point de vue socio-économique⁸⁴. Il existe des quartiers à dominante pauvre, caractérisés par des habitations en matériaux précaires, où vivent des populations, employées comme manœuvres dans le secteur industriel ou exerçant le petit commerce et l'artisanat de façon informelle ; et d'autres plus favorisés du point de vue socio-économique. L'hypothèse du lien entre structuration socio-spatiale et choléra dans la ville de Cotonou est sous-tendue par la proposition que les quartiers défavorisés présentent les conditions socio-économiques favorables au choléra.

Même si le quartier n'est pas un concept sociologique à proprement parler et constitue avant tout une unité d'observation, une échelle d'analyse sociologique du fait urbain (Grafmeyer, 2007), il doit être considéré dans le cadre de cette recherche dans sa dimension analytique. En effet, le quartier est non seulement une unité de mesure des différenciations sociales au sein

⁸⁴ A Cotonou, comme dans la plupart des villes, on retrouve de plus en plus des poches de pauvreté matérialisées par des habitations précaires dans des quartiers pourtant habités par des personnes nanties. Dans le même temps, des quartiers défavorisés abritent des immeubles de haut standing appartenant à des personnes de classes sociales favorisées.

de la ville, un espace de proximité inégalement signifiant pour ses habitants, un milieu de vie, mais aussi un objet d'interventions publiques et un cadre d'actions collectives (Grafmeyer, 2007, p. 21). Cette définition sociologique du quartier va au-delà de la conception qu'en ont eue les sociologues de Chicago. Ces derniers l'ont d'abord envisagé comme la distribution locale des nationalités (Park, Burges [1925], 1967). Cette définition privilégie l'approche en termes de communauté à la fois ethnique et territoriale, le quartier étant le réceptacle du migrant étranger dans la ville.

Or, d'une part, le quartier ethnique, tel que défini par l'Ecole de Chicago, ne peut s'appliquer directement aux villes d'Afrique de l'Ouest (Spire, 2011)⁸⁵. D'autre part, l'observation des communautés ethniques doit laisser place à une analyse sociologique des couches sociales, inégalement distribuées dans l'espace urbain en fonction de la division du travail (Halbwachs, 1932). Dans ces conditions, le quartier défavorisé est défini par ses caractéristiques socio-économiques et territoriales. L'avantage d'une telle définition permet de prendre en compte trois éléments : une unité administrative, les caractéristiques sociales des habitants et l'intervention des pouvoirs publics. En ce sens, le quartier défavorisé est un quartier dont la majorité des habitants sont pauvres, c'est-à-dire sont caractérisés par une absence de ressources financières régulières et suffisantes, et font face à des carences de services publics tels que l'eau potable, l'assainissement (évacuation des déchets, eaux usées, excréta, etc.), et les structures d'éducation et de soins de santé.

L'hypothèse du lien entre structuration socio-spatiale et maladie ne peut être étudiée que grâce à l'épidémiologie du choléra, afin d'analyser les relations entre répartition statistique de la maladie et caractéristiques socio-économiques et politiques des quartiers de Cotonou. Toutefois, la ville est composée de 144 quartiers. Il nous a été, d'une part, impossible d'obtenir les statistiques du choléra par quartier et, d'autre part, de mener des enquêtes dans l'ensemble des 144 quartiers dans le cadre de cette thèse. D'ailleurs, il n'existe pas, à notre connaissance, de données statistiques sur la composition socio-économique des quartiers de la ville de Cotonou. C'est pourquoi nous avons opté pour une étude à partir des zones sanitaires.

Les zones sanitaires sont des territoires de santé au Bénin. La pyramide sanitaire du pays est structurée en trois niveaux : le niveau central incarné par les hôpitaux universitaires, le niveau intermédiaire par des centres hospitaliers départementaux et le niveau périphérique par les

⁸⁵ Selon Amandine Spire, en plus du fait qu'on observe des « migrations circulaires » caractérisées par un va-et-vient entre le pays d'origine et la ville d'accueil, le terme ethnique n'a pas la même signification en Occident qu'en Afrique. Si, en Occident, il s'applique à un groupe extra-national, en Afrique c'est une division interne aux espaces nationaux.

zones sanitaires, avec des hôpitaux de zones comme centres de référence. Selon le ministère béninois de la Santé publique, la création des zones sanitaires (ZS) est basée sur des critères tels que l'importance de la démographie, l'accessibilité géographique, l'affinité socio-culturelle des populations, la disponibilité de structures sanitaires et la conformité avec le découpage administratif. Ainsi les 77 communes que compte le Bénin sont-elles regroupées en 34 ZS⁸⁶, et la ville de Cotonou en compte 4.

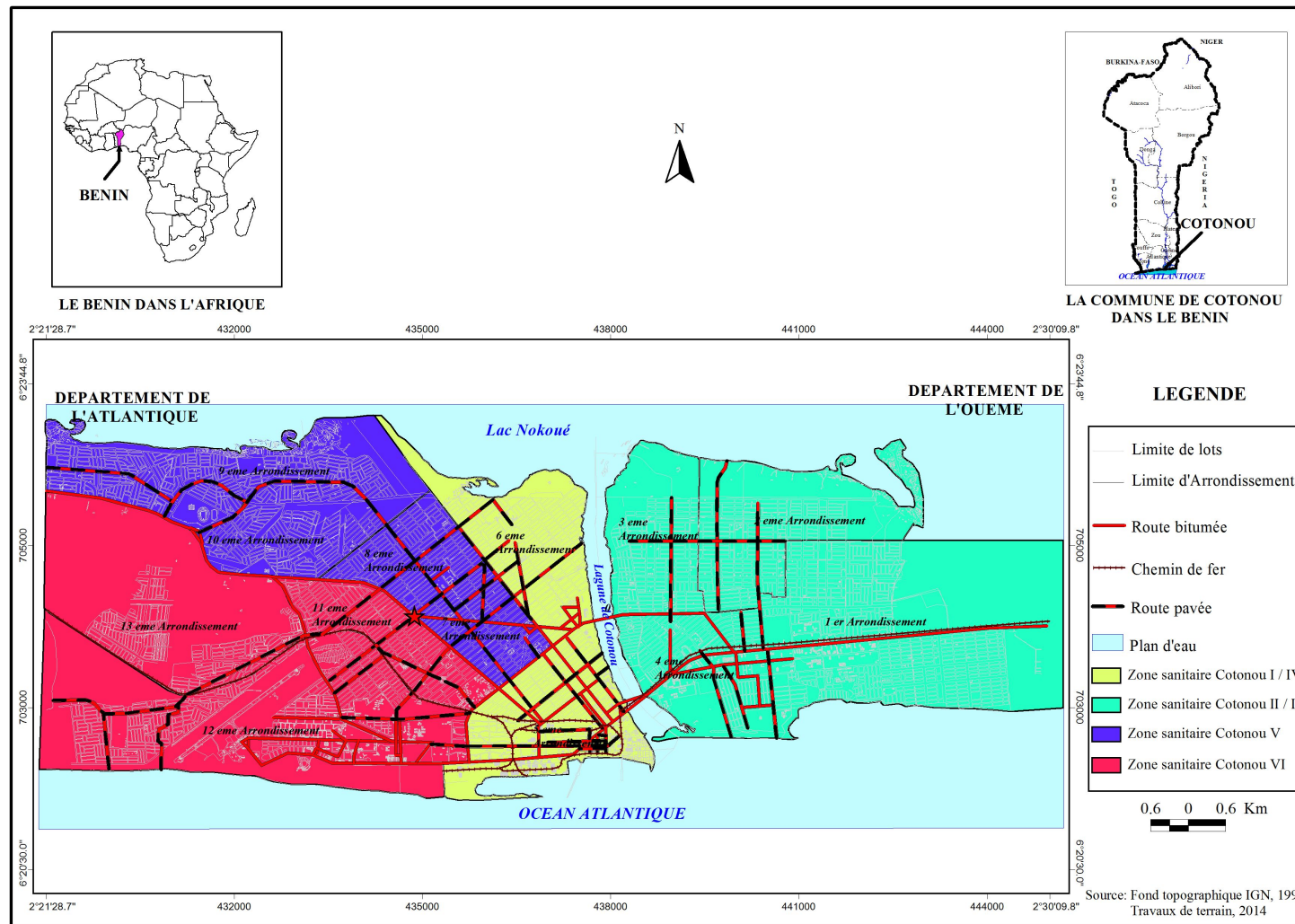
Chaque zone sanitaire, du Bénin en général et de Cotonou en particulier, produit annuellement un rapport qui comporte, entre autres, les statistiques des différentes affections pour lesquelles les populations sont reçues en consultation. Toutes ces statistiques sont compilées au niveau du ministère de la Santé publique, et publiées dans un document appelé « Annuaire des statistiques sanitaires ». C'est donc à partir de ces annuaires que nous avons pu obtenir les statistiques du choléra dans les quatre zones sanitaires de la ville de Cotonou.

Nous avons, au départ, envisagé de travailler sur la période de 2000 à 2010 afin d'analyser les tendances de la maladie et son évolution. Mais les annuaires statistiques antérieurs à l'année 2010 n'ont pas décliné les données sur le choléra par zone sanitaire. Ils présentent globalement les statistiques pour l'ensemble de la ville, ce qui ne permet pas une comparaison entre les zones sanitaires et les quartiers. C'est à partir de 2010 que les données statistiques sont déclinées à l'échelle des zones sanitaires. C'est pour cette raison que notre enquête de terrain s'est focalisée sur l'épidémie de 2010, complétée par une étude des évolutions de la maladie dans la ville de Cotonou de 2010 à 2014.

L'analyse des statistiques du choléra a permis de dégager la zone sanitaire la plus touchée. Nous avons alors décidé de poursuivre notre investigation dans cette dernière. Dans la mesure où les zones sanitaires sont des territoires de santé non homogènes du point de vue socio-économique et politique, et qu'ils ne correspondent pas à une unité d'analyse sociologique, l'observation gagne à être poursuivie au sein de chaque zone sanitaire, qui est composée d'arrondissements et de quartiers.

⁸⁶ Ministère de la Santé publique du Bénin, <http://beninsante.bj>, consulté le 5 février 2015.

Carte 7 : Répartition des arrondissements de Cotonou selon les zones sanitaires



Source : Fousséni, 2015

Tableau 6 : Les quatre zones sanitaires de Cotonou et les arrondissements qui les composent

Zones sanitaires	Arrondissements	Nombre de quartiers	Effectif de la population en 2013
Cotonou I/IV	5 ^e , 6 ^e	34	148 503
Cotonou II/III	1 ^{er} , 2 ^e , 3 ^e et 4 ^e	45	297 099
Cotonou V	7 ^e , 8 ^e , 9 ^e et 10 ^e	32	253 122
Cotonou VI	11 ^e , 12 ^e et 13 ^e	33	251 447

Source : Fousséni, enquête 2013

Les données statistiques sur les conditions socio-économiques des populations de Cotonou ne sont pas disponibles à l'échelle des zones sanitaires. Les résultats de l'une des rares études sur les conditions de vie des habitants de la capitale économique du Bénin, celle réalisée par la Direction de la Prospective et du Développement Municipal de la ville de Cotonou (DPDM-Cotonou), que nous avons mobilisée dans ce travail, sont déclinés à l'échelle des arrondissements. Or, pour faciliter la comparaison entre les caractéristiques socio-économiques et l'incidence du choléra, il est nécessaire de réunir les statistiques à une même échelle. Il nous faut donc également disposer des statistiques de l'incidence du choléra au niveau des arrondissements. La zone sanitaire Cotonou II/III, la plus touchée par le choléra en 2010, offre l'avantage d'abriter le centre de santé d'Ayéwaladjè, dans lequel la plupart des maladies de la ville de Cotonou sont pris en charge. C'est à partir de son registre que nous avons pu agréger les statistiques sur le choléra par arrondissement, et appréhender le lien entre conditions socio-économiques et choléra à l'échelle des arrondissements de Cotonou.

3.1.3 Analyser l'effet de lieu par la comparaison de trois quartiers défavorisés

Les données obtenues sur le choléra dans différentes sources⁸⁷ montrent que la zone sanitaire Cotonou II/III, regroupant les quatre premiers arrondissements de Cotonou, est de loin la plus touchée par la maladie entre 2010 et 2013, avec une incidence moyenne de 8,54 malades pour 10 000 habitants. Vient ensuite la zone sanitaire Cotonou I/IV, composée des 5^e et 6^e arrondissements de Cotonou, avec une incidence moyenne de 0,62 pour 10 000 habitants. C'est l'année 2010 qui a connu l'incidence du choléra la plus élevée sur la période 2010-2013, avec 24,47 et 1,40 malades pour 10 000 habitants, pour respectivement la zone sanitaire Cotonou II/III et celle de Cotonou I/IV.

⁸⁷ Voir tableau de corpus en annexe de la thèse.

Les deux zones sanitaires sont bordées par la lagune de Cotonou et le lac Nokoué. La première zone est située du côté est de la lagune et la seconde du côté ouest, avec le lac Nokoué au nord des deux zones. Ces cours d'eau sont leur point commun. Les épidémies de choléra ont donc un lien avec l'environnement physique.

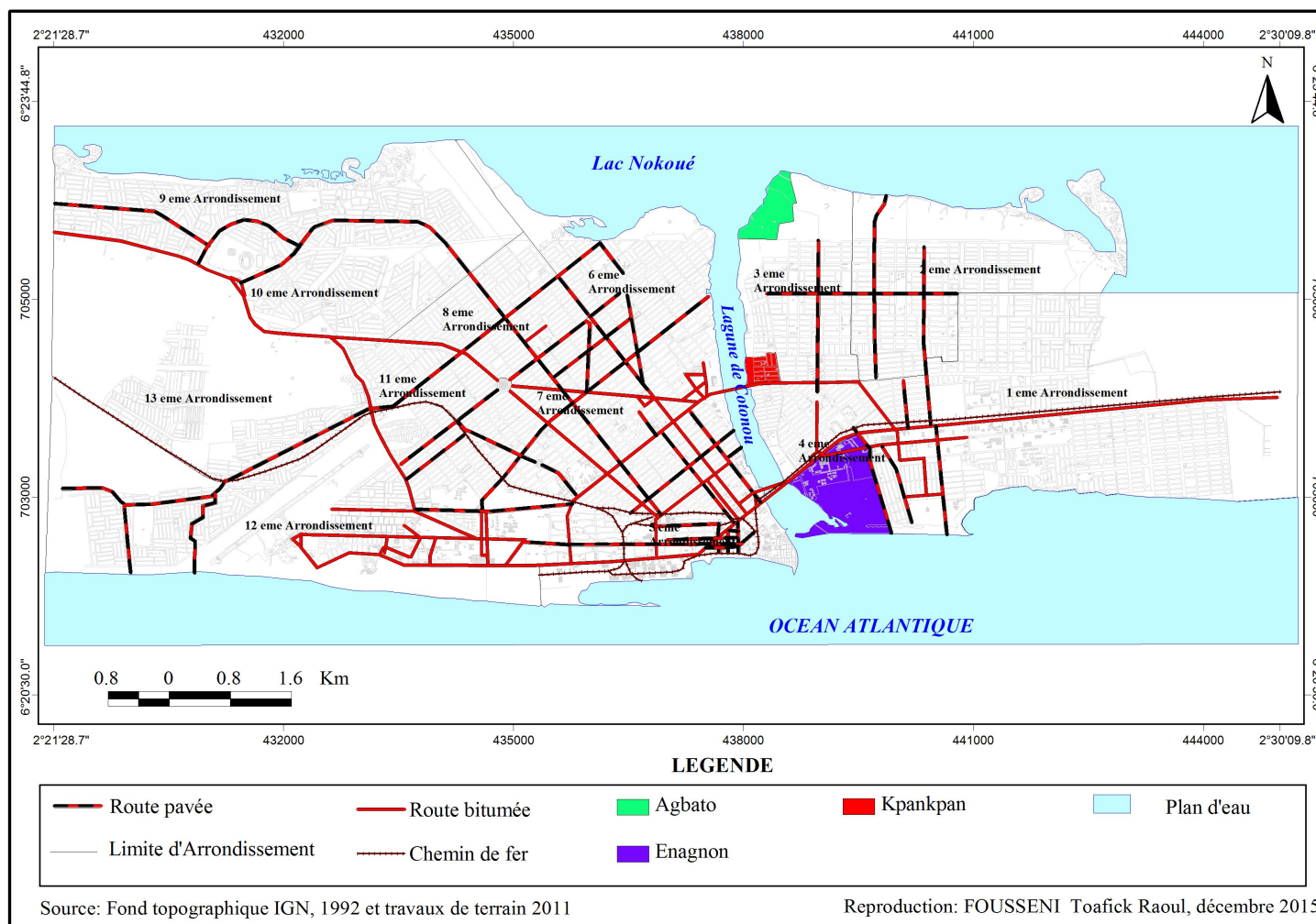
La sensibilité écologique du choléra, en ce sens qu'il est concentré dans des zones aquatiques, implique donc une approche géographique, ce qui permet de prendre en compte sa variation spatiale et le rôle du milieu dans sa prévalence ou son incidence. Le croisement des deux approches sociologique et géographique pourrait donc révéler la complexité du lien entre santé et environnement, reposant sur au moins quatre catégories de facteurs : « *l'utilisation de l'espace (agriculture, implantation humaine, caractéristiques de l'habitat, environnement naturel et physique), les activités humaines (niveau d'exposition, mobilité, contact avec les zones à risque, types d'activités) ; les caractéristiques individuelles (connaissance de la maladie, statut socio-économique, croyances, perception des risques de santé); les politiques publiques (aménagement des espaces, veille sanitaire et déclenchement des alertes, mise en place des programmes, etc.)* » (Vernazza-Licht et al., 2010).

Nous avons focalisé notre recherche sur les arrondissements de la zone sanitaire Cotonou II/III, la plus touchée par le choléra. Pour l'année 2010, nous avons recensé 356 malades dans les registres du centre de santé chargé de la prise en charge des malades cholériques. Pour 344 d'entre eux, les quartiers de provenance étaient mentionnés. Après un travail de classement des cas de maladie par arrondissement, nous avons obtenu 298 malades pour les 13 arrondissements de Cotonou. Nous n'avons pas pu positionner 46 cas dans l'un ou l'autre arrondissement, car les noms de quartiers donnés par les malades comme lieu de provenance sont parfois des toponymes locaux qui n'existent pas administrativement, ou même des noms de lieux, qui n'ont de sens que pour les malades concernés. Sur les 298 malades, 151 proviennent de 27 quartiers de cette zone sanitaire Cotonou II/III, soit 51% de l'ensemble de la ville. Sur les 151 malades des 27 quartiers de cette zone sanitaire Cotonou II/III, 108, soit 71,52%, proviennent des 12 quartiers riverains du lac et de la lagune. De la même manière, en 2011, sur 129 malades recensés pour les 13 arrondissements de Cotonou, 66 (soit 51%) proviennent des 4 arrondissements de la zone sanitaire Cotonou II/III. Enfin, en 2013, 97 malades sur 112 pour l'ensemble de la ville, soit 87%, proviennent des 4 arrondissements de la même zone sanitaire.

Pour une étude plus précise, nous avons retenu trois quartiers parmi les douze les plus touchés par le choléra dans les quatre premiers arrondissements de Cotonou. Nous avons opéré ce choix sur la base de deux critères : d'une part, la prévalence de la maladie et, d'autre part, la situation géographique du quartier. La zone sanitaire Cotonou II/III est limitée au Sud par l'Océan Atlantique, au Nord par le lac Nokoué, à l'Ouest par la lagune de Cotonou. Nous avons voulu comprendre si la présence de ces cours d'eau et de la mer a joué un rôle dans la prévalence du choléra. Il nous a donc fallu choisir des quartiers bordés par la mer et les deux cours d'eau, en tenant compte de l'incidence moyenne du choléra sur la période 2010-2014.

Parmi les douze quartiers les plus touchés par le choléra, l'un est directement situé sur la berge du lac Nokoué et l'autre à proximité de l'Océan Atlantique. Il s'agit d'Agbato sur la berge du lac et d'Enagnon bordé par la mer. Enagnon est le premier quartier le plus touché avec une incidence de 1,26 pour 1000 habitants, supérieure à la moyenne de 0,83. Agbato a une incidence (0,83 pour 1000) qui correspond à peu près à la moyenne. Nous avons donc choisi deux quartiers, dont le premier a une incidence au-dessus de la moyenne et le second une incidence avoisinant la moyenne. Qui plus est, l'un est bordé par le lac et l'autre par la mer. Enagnon est aussi bordé par la lagune de Cotonou au niveau précisément de l'embouchure. Une portion du quartier est donc située sur la berge de la lagune de Cotonou. Nous avons aussi retenu un troisième quartier, dont l'incidence se situe en-dessous de la moyenne et bordé par la lagune de Cotonou, à savoir Kpankpan. L'intérêt de ce quartier est qu'il a une incidence en dessous de la moyenne (0,48 pour 1000), et qu'il est situé en plein cœur de la berge, du côté est de la lagune. Nous avons donc étudié ces trois quartiers : Agbato, Enagnon et Kpankpan, qui répondent aux critères d'incidence de la maladie et de situation géographique à proximité de plans d'eau distincts.

Carte 8 : Situation des trois quartiers choisis pour l'enquête de terrain



Source : Fousséni, 2015

A l'échelle plus fine des quartiers, le lien entre santé et environnement fait écho au concept d'effet de lieu, qui, comme nous l'avons souligné en introduction, permet de prendre en compte non seulement les caractéristiques socio-économiques des populations, mais aussi l'espace physique et les pratiques sociales (Rican, 2014). Ainsi formulons-nous la seconde hypothèse selon laquelle l'effet différentiel du choléra sur les quartiers est lié aux pratiques sociales spécifiques à chacun d'entre eux. Les pratiques sociales doivent être entendues ici comme l'ensemble des modes de gestion des déchets solides et liquides, des excréta, d'approvisionnement en eau ; et les activités économiques, etc. Celles-ci sont déterminées par l'environnement physique des quartiers, mais aussi par des connaissances et des représentations autour du choléra.

3.2 Une pluralité de sources complémentaires pour l'établissement du corpus d'étude

Dans le cadre de cette étude, nous avons opté pour une enquête de terrain plus poussée à l'échelle locale de trois quartiers de Cotonou, auprès de populations défavorisées. Cette enquête, organisée autour de l'observation directe, a mobilisé non seulement l'analyse de documents et de rapports administratifs, de rapports d'enquêtes nationales ou d'études plus localisées dans la ville de Cotonou, mais aussi des entretiens avec des acteurs clefs du système de prévention et de prise en charge des malades cholériques, des questionnaires pour obtenir des données de statistiques descriptives, et enfin un corpus de presse écrite et audiovisuelle.

L'enquête de terrain a été menée en plusieurs phases. La première s'est déroulée du 1^{er} juillet au 31 août 2012. Elle a permis de prendre contact avec les acteurs, de collecter des statistiques sur le choléra, de tester le questionnaire et les guides d'entretien et de mener une première série d'entretiens. Après l'analyse des premières données, une seconde phase d'enquête a été effectuée du 6 juin au 31 août 2013. Elle a permis de poursuivre l'administration des questionnaires, l'observation des quartiers et de réaliser une carte de répartition spatiale du choléra en 2010 pour chacun des trois quartiers investigués. Une troisième phase a été organisée du 7 juin au 7 septembre 2014 pour recueillir des informations complémentaires, qui se sont révélées nécessaires lors de la rédaction de la thèse. Il s'agissait notamment d'approfondir les questions de mobilisation communautaire autour de la santé dans les trois quartiers étudiés. C'était aussi l'occasion de faire des corrections sur les cartes que nous avions réalisées et d'en réaliser de nouvelles. Nous devions pour cela nous rendre sur le terrain afin de collecter les statistiques sur les épidémies de 2011 dans les registres du centre

de santé d'Ayélawadjè. Enfin, une dernière phase, du 1^{er} avril au 9 mai 2015 a permis de collecter les données statistiques complémentaires sur les épidémies de choléra de 2012 à 2014. Ces informations ont permis de réaliser de nouvelles cartes de distribution spatiale des malades dans la ville de Cotonou au cours des épidémies de 2011 et 2013.

Il aurait été intéressant de varier les périodes d'enquêtes de terrain. Nous aurions par exemple pu choisir certains mois en dehors de la période des vacances estivales, pour apprécier la dynamique des pratiques au cours de l'année. Mais nos obligations professionnelles en France ne nous ont pas permis de le faire : nous n'avons pas de financement institutionnel pour notre thèse et nous étions donc obligé d'exercer une activité extérieure. Les vacances d'été étaient les seuls moments que nous pouvions dégager pleinement pour effectuer des voyages de terrain.

3.2.1 L'analyse préalable des statistiques sanitaires du ministère de la Santé publique

L'étude des inégalités de santé repose sur l'analyse de la distribution statistique, que ce soit des malades ou de personnes décédées. Pour notre étude, nous disposons de deux possibilités statistiques pour analyser les inégalités face aux épidémies de choléra : la morbidité déclarée et la morbidité diagnostiquée. Dans le premier cas, il s'agit de retenir comme malades cholériques, ceux qui se seraient déclarés comme tels, dans une enquête sur un échantillon d'individus retenu dans certains quartiers de la ville de Cotonou. Nous avons rejeté cette option pour deux raisons. D'abord, effectuer une enquête de telle envergure aurait été complexe, car il aurait fallu recruter des enquêteurs pour administrer les questionnaires dans les quartiers. Ensuite, l'enquête pouvait être biaisée car des individus auraient pu confondre une simple diarrhée et le choléra, et déclarer ainsi la première pour le deuxième. Nous avons donc opté pour une étude à partir de la morbidité diagnostiquée. L'intérêt repose sur le fait que les malades retenus sont ceux qui ont été effectivement diagnostiqués du choléra dans un centre de santé. Dans ce cas, les cas de simples diarrhées sont écartés.

Cependant, le recours à la morbidité diagnostiquée comme base d'étude n'est pas sans biais méthodologique. D'une part, les statistiques collectées, issues de consultations médicales, ne traduisent pas toujours la réalité de la situation morbide (Salem, 1998, p. 164). Elles peuvent également refléter les inégalités d'accès aux soins de santé (Donnat *et al.*, 2011). D'autre part, la méthode manuelle d'enregistrement des malades dans les registres peut favoriser des erreurs nosographiques, car les mêmes agents de santé reçoivent plusieurs patients, qui

souffrent de différentes pathologies. Mais, en l'absence d'autres données plus fiables, nous nous sommes contenté des données statistiques sur le choléra diagnostiqué.

Le ministère de la Santé publique du Bénin publie chaque année l'annuaire des statistiques sanitaires. Il s'agit de la compilation des rapports d'activités de toutes les formations sanitaires du pays. Il comporte, entre autres, des informations statistiques sur la morbidité et la létalité en lien avec les principales affections pour lesquelles les populations ont consulté au cours de l'année précédant sa publication. Cependant, les statistiques, dont celles sur le choléra, sont disponibles par département et par zone sanitaire. Il n'existe donc pas de données sur le choléra au niveau des quartiers de villes. Cet annuaire nous a tout de même permis d'obtenir les statistiques du choléra sur les quatre zones sanitaires de la ville de Cotonou. Or, seules les données par quartier sont susceptibles de nous permettre de comprendre l'incidence de la maladie et de pouvoir envisager l'étude de ses déterminants. Pour les avoir, nous nous sommes d'abord adressé à différentes structures intervenant dans la prévention et la prise en charge des malades cholériques au Bénin. Il s'agit notamment de la représentation au Bénin de l'OMS, qui appuie le pays dans le domaine de la santé, et du centre de santé d'Ayélawadjè⁸⁸, où les malades cholériques sont directement pris en charge. Rappelons que ce centre de santé a été retenu par le ministère de la Santé publique (MSP) comme la référence au plan national en matière de prise en charge des malades cholériques. Des malades viennent s'y faire soigner de toute la ville de Cotonou, et même des communes avoisinantes. Mais, depuis 2011, le MSP a décidé de décentraliser la prise en charge des malades cholériques, car le transport de ceux-ci des autres localités vers ledit centre constitue non seulement un facteur de propagation de la maladie, mais aussi de décès des malades en cours de route. Depuis 2011, les malades sont donc pris en charge dans tous les hôpitaux de zone et dans les formations sanitaires disposant de compétences pour le faire.

Lorsque nous avons pris contact avec le coordonnateur de la zone sanitaire Cotonou II/III, dont dépend le centre de santé d'Ayélawadjè, celui-ci a exigé de nous la présentation d'une lettre d'autorisation de recherche délivrée par la Direction Départementale de la Santé (DDS) des départements de l'Atlantique et du Littoral, dont dépend le centre. Après quelques semaines, l'autorisation de recherche nous a été délivrée et nous sommes reparti au centre de santé d'Ayélawadjè, espérant avoir des statistiques de la maladie du choléra avec les caractéristiques socio-démographiques des malades et leur quartier de provenance.

⁸⁸ Ce centre de santé porte le nom du quartier qui l'abrite.

Mais le service statistique du centre de santé d'Ayélawadjè n'était pas en mesure de nous fournir les statistiques demandées car, selon le statisticien, un incident informatique aurait entraîné la perte de ces informations. Néanmoins, il a mis à notre disposition les statistiques du choléra dans la zone sanitaire Cotonou II/III de 2005 à 2010, statistiques que nous avons déjà obtenues dans les annuaires du ministère de la Santé publique. Il est étonnant de constater qu'aucune structure du ministère de la Santé ne dispose de statistiques par quartier. Ni le service statistique du centre de santé d'Ayélawadjè, ni la direction départementale de la santé, encore moins la direction de la surveillance épidémiologique, n'ont pu nous fournir ces données. D'ailleurs, ces deux derniers services font le point annuel de la maladie par département ; ils ne s'intéressent qu'aux statistiques compilées par communes et ensuite par département.

Pour obtenir les statistiques par quartier de la ville de Cotonou, la seule piste était de dépouiller les registres de soins dans le centre de santé d'Ayélawadjè. Dans ce centre, comme dans la plupart des centres de santé au Bénin, il est tenu un registre journalier qui mentionne les cas de malades reçus et traités. Le médecin responsable du centre nous a mis en contact avec un agent de santé pour nous remettre ces registres. Là encore, les choses n'ont pas été simples. A la suite de rangements, les registres de 2010 seraient introuvables, tout comme les dossiers de malades, qui avaient déjà été exploités dans le cadre d'autres travaux sur le choléra (Makoutodé *et al.*, 2010 ; Gbary *et al.*, 2011). Nous avons été alors orienté vers le magasin où nous avons pu en retrouver quelques-uns. Il n'est pas certain que nous ayons tout retrouvé vu le décalage entre les nombres de malades obtenus de ces registres et ceux mentionnés dans les annuaires statistiques.

Nous avons dépouillé les registres de soins de santé pour obtenir les noms des malades, leur âge, leur sexe, leur quartier de provenance, et même parfois leur numéro de téléphone. Même s'il n'existe pas de registres spécifiquement dédiés aux malades cholériques, le dépouillement nous a permis d'identifier ces derniers. Cependant, les renseignements liés au niveau d'instruction, au statut matrimonial et à la profession n'étaient pas mentionnés. On peut comprendre que l'urgence de la situation ne permettait pas de consacrer trop de temps à collecter ces renseignements sur la personne malade ; il suffisait alors aux agents de santé de prendre les informations essentielles.

Les informations contenues dans les registres sur les malades ont été collectées et mises en forme sur Excel, en construisant un tableau pour récapituler les variables nécessaires à notre

étude : les noms et prénoms des malades, leur sexe et leur âge, leur niveau d'instruction, leur situation matrimoniale, leur quartier de provenance, leur nationalité, leur adresse et enfin leur numéro de téléphone. Les noms et prénoms ainsi que les adresses et numéros de téléphone des malades étaient nécessaires pour les retrouver dans leur quartier. Le dépouillement des registres a été fait manuellement et saisi ensuite.

Après un traitement sur Excel, nous avons pu déterminer leur répartition par quartier et les quartiers les plus touchés *versus* les moins touchés ou non atteints, la répartition par âge et par sexe et l'âge moyen des malades. Au total, 356 malades ont été dénombrés pour la ville de Cotonou pour l'année 2010. Il est clair que ces statistiques sont en-dessous de la réalité. Tous les malades cholériques ne se sont pas rendus au centre de santé d'Ayélawadjè, et ont pu se faire soigner ailleurs. D'ailleurs, le chiffre de 356 malades identifiés est inférieur à celui mentionné (683) dans l'annuaire des statistiques sanitaires pour la même année et la même zone sanitaire. Toutefois, ce centre étant la référence dans la prise en charge du choléra, les statistiques obtenues comportent des malades provenant de tous les quartiers de Cotonou.

Les registres exploités présentent des informations parfois incomplètes. Par exemple, sur 356 malades recensés en 2010, 344 avaient les quartiers de provenance mentionnés, et 352 l'âge du malade. Sur 344 malades, 149 (soit 43,3%) proviennent de 27 quartiers de la zone sanitaire Cotonou II/III. Il serait trop rapide de conclure, à partir des statistiques ainsi obtenues, que cette zone sanitaire est la plus touchée. L'effet de proximité agissant, il semble logique que la majorité des patients résident dans cette zone. Pour éviter ce biais, nous avons procédé en avril 2015 à une collecte supplémentaire de statistiques sur le choléra sur la période de 2011 à 2014. La décentralisation de la prise en charge des malades cholériques depuis 2012 aurait pu constituer une difficulté dans la collecte des statistiques sur les malades de 2012 à 2014. Mais cette décentralisation est restée théorique car les malades continuent de se faire soigner du choléra dans le centre d'Ayélawadjè. Cette pratique est favorisée par les autres centres de santé de la ville de Cotonou, qui se déchargent de cette activité, et continuent d'orienter les malades cholériques vers le centre qui était la référence en la matière⁸⁹. Nous avons croisé ces statistiques avec les autres sources (annuaires des statistiques, direction de l'épidémiologie), et considéré l'incidence moyenne du choléra par zone sanitaire sur la période de 2010 à 2014, avant de tirer les conclusions sur l'incidence relativement plus élevée dans la zone sanitaire Cotonou II/III.

⁸⁹ Cette situation a été évoquée non seulement par le personnel du centre de santé d'Ayélawadjè, mais également par la direction départementale Atlantique Littoral de la santé et le directeur de l'hôpital zone de Ménontin dans la zone sanitaire Cotonou V.

A partir des statistiques collectées dans le centre de santé d'Ayélawadjè sur les épidémies de 2010 à 2014, nous avons réalisé des cartes de la répartition du choléra dans la ville de Cotonou. Les cartes concernent les années 2010, 2011 et 2013. En 2012 et 2014, la ville n'a pas enregistré d'épidémie notable, et le nombre de malades recensés est de 2 pour la première année et 4 pour la seconde. C'est également à partir des statistiques ainsi obtenues que nous avons pu remonter aux malades dans les trois quartiers retenus en fonction des critères exposés plus haut, pour des enquêtes par questionnaire, entretiens et même l'observation directe. A partir des numéros de téléphone obtenus dans les registres, nous avons pu joindre les malades cholériques et prendre rendez-vous avec eux pour leur administrer les questionnaires. Nous avons également suivi les indications de domicile fournies par les malades ou leurs accompagnants pour les localiser dans chaque quartier, avec l'aide de nos guides. Nous avons à chaque fois avancé que nous provenions du centre de santé d'Ayélawadjè, car, autrement, nous aurions été confondu avec des émissaires de l'administration, fortement craints dans ces quartiers du fait de pratiques informelles d'occupation de l'espace.

3.2.2 L'observation du cadre de vie : une technique déterminante pour comprendre le lien entre environnement, pratiques sociales et choléra

L'observation du cadre de vie et des pratiques sociales dans les trois quartiers retenus a été déterminante dans notre étude. Nous l'avons débutée dans les quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan en décembre 2011, à l'occasion de notre prise de contact avec les autorités locales. L'observation s'est prolongée en 2012, 2013, 2014, pendant les mois de juillet et août. Puis elle s'est achevée en avril et mai 2015, à l'occasion de notre dernière mission de terrain. L'observation des quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan a été organisée sur trois moments de la journée : le matin de 7 h à 10 h ; à midi de 12 h à 15 h ; et de 16 h à 19 h, du lundi au dimanche. Nous avons programmé l'observation par tournée. Concrètement, nous essayions d'être présent dans chaque quartier une fois par jour pendant la période d'enquête, mais à des tranches horaires variables selon les jours de la semaine. Ainsi, nous avons observé les trois quartiers tous les jours de la semaine pendant les périodes d'enquête. Au total, l'observation des trois quartiers s'est déroulée pendant sept mois environ, à raison d'une semaine en décembre 2011, deux mois par an de 2012 à 2014, puis un mois en 2015.

L'observation est une méthode qui est « *essentielle pour donner accès à ce qui se cache, retracer l'enchaînement des actions et des interactions, ou encore saisir ce qui ne se dit pas*

ou « *ce qui va sans dire* » (Chauvin, Jounin, 2012, p. 145). A l'aide d'une grille, nous avons d'abord appréhendé l'organisation matérielle de chacun des trois quartiers. Il s'agit, d'une part, des caractéristiques physiques, notamment la proximité avec la lagune de Cotonou et/ou le lac Nokoué et, d'autre part, la disponibilité ou non d'infrastructures socio-sanitaires telles que les centres de santé, les écoles, les latrines publiques et privées, les lieux d'évacuation des déchets et des excréta, et les types d'habitats rencontrés. L'installation des ouvrages de service public dans les quartiers de la ville fait souvent l'objet de négociation entre les acteurs locaux et les pouvoirs publics. Le choix de leur site ne correspond pas toujours à la logique de la « nécessité du service », mais parfois à des pratiques clientélistes (Bayón et Jezioro, 2012, p. 7). L'observation de cette répartition spatiale permet d'analyser le lien entre proximité avec les infrastructures socio-sanitaires et prévalence du choléra dans certains ménages. Nous avons également recensé intégralement les latrines modernes ou traditionnelles⁹⁰, qu'elles soient publiques ou privées, les dépotoirs d'ordures et les points de fourniture d'eau potable, points nodaux à partir desquels le choléra est susceptible de se développer. Par ailleurs, l'observation des trois quartiers est indispensable pour répertorier les lieux d'évacuation des déchets et des excréta. L'observation de l'organisation matérielle de ces quartiers nous a finalement permis d'étudier le lien entre l'espace physique, la nature et la qualité des infrastructures installées, et d'analyser les interactions entre les populations des quartiers et l'environnement naturel, dont la plage, la berge lagunaire, les cours d'eau, constituent, entre autres, les traits caractéristiques.

Notre observation s'est également portée sur l'organisation socio-spatiale de chaque quartier, avec un accent particulier sur la distribution spatiale des groupes socio-ethniques, les activités économiques et les pratiques religieuses. L'analyse morphologique permet de contextualiser plus efficacement les déterminants de la vulnérabilité de certains groupes sociaux à l'intérieur de chacun des trois quartiers. Si des groupes socio-ethniques s'installent dans certains quartiers, et sur des espaces déterminés à l'intérieur de ceux-ci en fonction de leur profil socio-économique et même religieux, cela peut être également une clef de lecture de leur état de santé. L'intérêt de l'observation des activités économiques telles que le commerce, la pêche, l'artisanat, fortement pratiquées dans les quartiers étudiés permet de cerner le lien qu'elles peuvent entretenir avec le choléra. A cet égard, nous avons porté un regard attentif

⁹⁰ Le terme traditionnel désigne ici les latrines construites avec des matériaux de récupération dont le but est simplement d'évacuer les excréta sans tenir compte des effets néfastes qu'ils peuvent produire sur l'environnement. Au contraire, les latrines modernes sont construites à partir de fosses dont le but est d'éviter au maximum que les matières fécales soient exposées dans l'environnement.

aux points de vente des repas de rue, l'environnement des installations marchandes, etc. L'organisation économique des quartiers permet aussi de questionner le rapport de genre, et la place occupée par les femmes dans la production des biens et services. On verra, par exemple, comment l'entretien des latrines et des points d'approvisionnement en eau est essentiellement assuré par les femmes.

Par ailleurs, nous nous sommes intéressé à l'organisation politique des trois quartiers, en ce qui concerne notamment l'appartenance politique des élus locaux et leur niveau d'instruction. Ces données peuvent aussi permettre de comprendre la dotation de chacun des quartiers en infrastructures socio-sanitaires, sachant qu'en l'espèce l'installation de services publics sur un territoire peut être favorisée ou non par l'appartenance politique des élus locaux.

Si nos observations se sont beaucoup intéressées à l'espace public de ces quartiers, l'espace domestique n'a pas été pour autant négligé, afin de cerner des pratiques culinaires, des mesures de protection de la nourriture et l'eau de boisson à l'échelle des ménages.

Enfin, les quartiers défavorisés subissent aussi des changements. C'est pourquoi nous avons privilégié une observation sur quatre années (2012, 2013, 2014 et 2015). Il s'agit pour nous d'apprécier la dynamique de chacun d'eux, que ce soit sur le plan organisationnel, infrastructurel ou même économique et social.

Les échanges informels ont jalonné aussi notre période d'observation. Ils nous ont permis de mieux saisir certaines pratiques, en échangeant directement avec les acteurs. Car « *la spécificité de l'observation n'est pas qu'elle néglige la parole des acteurs, bien au contraire, mais qu'elle la recueille en situations* » (Chauvin, Jounin, 2012, p. 155). Ces échanges sont nécessaires à la compréhension des logiques sous-tendant certaines pratiques. Nous avons également pris des photographies de l'architecture des habitations, des lieux d'approvisionnement en eau, des espaces de déversement des ordures, des lieux de défécation, des points de vente de repas de rue, etc., dans les trois quartiers. C'est grâce à ces observations que nous avons pu appréhender leur fonctionnement, et le processus social de construction du risque cholérique.

Il faut souligner que l'observation de terrain s'est faite au-delà des quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan, jusqu'à l'ensemble de la ville de Cotonou, où nous nous sommes intéressé à la gestion des déchets solides et des eaux pluviales, et à l'ensemble des dispositifs publics de salubrité. Nous avons également été témoin des controverses engendrées parfois par la mise

en place d'actions de salubrité publique, notamment sur les berges lagunaires de Cotonou. Notre présence sur le terrain pendant l'opérationnalisation du déplacement des populations des berges de Dédokpo, Gbogbanou et Xwlacodji nous a permis d'observer le décalage entre les discours, instrumentalisant la santé publique, et des actions orientées autour d'enjeux davantage politiques et économiques.

Les informations issues de l'observation ont fait l'objet de prise de note dans notre cahier de terrain, soit immédiatement, en fonction des possibilités, soit après le terrain le soir, afin de nous rappeler les données, et les différents contextes de leur production.

Cependant, l'observation des quartiers n'a pas été aisée. Nous avons opté pour une observation non participante. L'observation participante s'adapte, en effet, mieux par exemple à l'étude des milieux de travail dans lesquels on peut occuper un poste au cours de la période de recherche (Chauvin, Jounin, 2012, p. 146). L'observation non participante a l'avantage de permettre au chercheur d'être entièrement disponible pour la collecte d'information. Toutefois, celui-ci peut être vite assimilé aux contrôleurs, agents de l'Etat ou à des responsables d'entreprise (Chauvin, Jounin, 2012, p. 146). Dans ces conditions, les enquêtés peuvent modifier leurs comportements et les adapter aux normes requises par l'administration, ou alors refuser l'accès à certains aspects de leur vie non conformes aux réglementations. Dans l'un des trois quartiers observés, des résidents de la berge du lac Nokoué se sont opposés à notre présence sur les lieux, et nous ont interdit de prendre des photographies. Nous avons dû présenter une fausse identité, leur indiquant que nous étions mandatés par le centre de santé d'Ayélawadjè, pour constater les conditions de vie des populations et proposer des mesures plus adaptées à la prévention des épidémies de choléra. C'est à cette condition que nous avons été autorisé à poursuivre notre observation, avec parfois leur aide pour mieux comprendre certaines pratiques. Parfois, la dissimulation du chercheur est nécessaire car le monde social tend aussi à se dissimuler (Chauvin, Jounin, 2012, p. 149), notamment ici lorsque les acteurs sont conscients que l'occupation illégale de la berge du lac peut faire l'objet de poursuites légales. Le prétexte que nous avons avancé a été accepté par les populations enquêtées, notamment dans le quartier Agbato, du fait de la réputation acquise par le centre de santé d'Ayélawadjè en matière de prise en charge des malades cholériques.

Ces observations ethnographiques permettent de mieux comprendre les interactions entre les pratiques sociales et le choléra dans le contexte socio-économique, politique et environnemental des quartiers étudiés, en multipliant les points de vue.

3.2.3 L'entretien pour comprendre les représentations sociales et les politiques publiques autour du choléra

Pour comprendre, d'une part, les facteurs politiques en lien avec les épidémies de choléra dans la ville de Cotonou en général, et dans les quartiers Agbato, Enagon et Kpankpan en particulier, et, d'autre part, les représentations sociales du choléra par les populations, nous avons aussi conduit 17 entretiens. 10 ont été enregistrés avec un dictaphone, certains ont fait l'objet d'une simple prise de note, soit parce que les enquêtés ne voulaient pas se faire enregistrer, soit parce que les circonstances ne le permettaient pas.

Les entretiens se sont déroulés en même temps que l'observation de terrain, c'est-à-dire dans la période de 2012 à 2015, entre le mois de juillet et août. Ces entretiens semi-directifs ont été réalisés avec des personnes ressources, autorités locales, médecins, membres d'organisations intervenant dans la lutte contre le choléra et parents de personnes décédées de la maladie.

Nous avons conçu plusieurs guides d'entretien, en fonction des différents types d'enquêtés. Ainsi un guide est-il adressé aux élus locaux et « leaders d'opinion » des quartiers concernés ; un autre aux acteurs institutionnels (il s'agit notamment des organisations non gouvernementales (ONGs), des institutions de système des Nations Unies telles que l'OMS, des structures compétentes du ministère de la Santé publique telles que la direction de l'hygiène et de l'assainissement de base) pour comprendre les actions de prévention et d'appui aux malades qu'ils mènent dans chaque quartier. Nous avons privilégié des entretiens avec des acteurs qui sont concernés par la mise en œuvre de la politique de lutte contre le choléra. Au niveau du ministère de la Santé, nous avons eu des entretiens avec le médecin-chef du centre de prise en charge des malades cholériques, le responsable du volet hygiène, chargé de réaliser les sensibilisations dans les quartiers. Le chargé d'hygiène est responsable de la mise en œuvre des mesures de prévention dans les quartiers de la zone sanitaire Cotonou II/III. En tant que tel, il a une bonne connaissance des quartiers de la zone et des facteurs susceptibles de favoriser la propagation du choléra.

Les entretiens avec les chefs des quartiers Enagon, Agbato et Kpankpan ont concerné l'historique de la création et du peuplement de leur quartier, les circonstances d'installation des ouvrages d'eau et d'assainissement disponibles, les facteurs de risque face au choléra et

les mesures de prévention de la maladie. Le chef d'un quatrième quartier, Adogleta, a été aussi interviewé. Nous avons également eu des entretiens avec le conseiller chargé de la maladie à la représentation de l'OMS au Bénin. Enfin, nous nous sommes entretenu avec les parents de personnes décédées du choléra pour comprendre les circonstances de ces décès, les représentations sociales autour de la mort cholérique et les pratiques funéraires face à une maladie à fort potentiel contagieux.

Ces entretiens nous ont également permis d'observer le cadre de vie des personnes interviewées, de constater le contraste entre le cadre de vie globalement précaire des populations des quartiers étudiés et le confort relatif des habitations des chefs de quartiers. S'il a été délicat de demander à un chef de quartier son niveau d'instruction, l'entretien avec ceux-ci permet de se faire une idée. Les quatre chefs quartiers interviewés ont un niveau scolaire, primaire pour deux d'entre eux, secondaire pour l'un. Un parmi eux n'a pas du tout été scolarisé. Par ailleurs, les entretiens ont été l'occasion de comprendre l'appartenance politique de ces autorités locales, au travers des effigies des dirigeants de leur parti ou mouvement politique, présentes dans leurs salons. Ce sont là des indices que l'on peut corrélérer avec le niveau d'équipement des quartiers et les jeux de pouvoir qui se jouent, d'une part, entre les chefs de quartier et leur responsable hiérarchique, les chefs d'arrondissements en l'occurrence et, d'autre part, entre les premiers et les leaders d'opinion.

Tableau 7 : Récapitulatif des personnes interrogées

Titre	Sexe	Age	Niveau d'instruction	Fonction	Organisation/Quartier
Médecin épidémiologiste	Masculin	55	Supérieur	Conseiller chargé de la maladie	OMS
Médecin généraliste	Masculin	44	Supérieur	Responsable	Centre de santé d'Ayélawadjè
Fonctionnaire	Masculin	35	Secondaire	Chargé d'hygiène	Centre de santé d'Ayélawadjè
Elu local	Masculin	45	Non scolarisé	Chef de quartier	Agbato
Elu local	Masculin	52	Primaire	Chef de quartier	Enagnon
Elu local	Masculin	50	Primaire	Chef de quartier	Kpankpan
Elu local	Masculin	48	secondaire	Chef de quartier	Adogleta
Ménagère	Féminin	25	secondaire	Epouse de défunt	Kpankpan
Ménagère	Féminin	29	Non scolarisée	Mère d'un enfant décédé	Enagnon
Conducteur de taxi moto	Masculin	32	Non scolarisé	Père d'un enfant décédé	Kpankpan
Artisan	Masculin	28	Primaire	Parent de défunte	Kpankpan
Revendeuse	Féminin	37	Primaire	Habitante	Enagnon
Retraité	Masculin	70	Primaire	Responsable d'association de ressortissants étrangers	Enagnon
Relai communautaire	Masculin	44	Secondaire	Relai communautaire	Kpankpan
Relai communautaire	Masculin	25	Secondaire	Relai communautaire	Enagnon
Relai communautaire	Masculin	38	Secondaire	Relai communautaire	Agbato
Chef service Administratif et financier	Masculin	33	Supérieur	Chef service Administratif et financier	Water and sanitation for Africa (WAA-Bénin)

Source : Fousséni, enquête de terrain, 2012, 2013

Le choix des personnes interrogées résulte de leurs profils particuliers. Il s'agit d'abord de médecins jouant un rôle clef dans la lutte contre le choléra. Les informations recherchées auprès d'eux concernent précisément les dispositifs mis en place pour faire face aux épidémies, ou les prévenir. Deux médecins sont apparus impliqués quotidiennement dans de telles actions, dans les quartiers enquêtés. Les policiers sanitaires interviennent également dans les actions de lutte contre le choléra, notamment en termes de contrôle de

l'assainissement du cadre de vie. Mais comme nous n'avons pas pu avoir un entretien directement avec eux, nous avons choisi un cadre de la représentation au Bénin de l'organisation Water and Sanitation for Africa (WAA), car cette dernière travaille aussi avec la direction départementale de la police sanitaire, avec laquelle elle partage d'ailleurs le site qui l'abrite à Cotonou. Ensuite, il s'agissait pour nous de retracer l'histoire des quartiers investigués. A ce titre, les chefs de quartiers apparaissaient comme des interlocuteurs précieux. Enfin, nous nous sommes intéressé aux représentations de la mort cholérique, et avons estimé que seules les personnes directement touchées pouvaient nous fournir leur perception des circonstances du décès de leurs proches. Dans les trois quartiers, seulement trois décès cholériques étaient enregistrés en 2010. Enfin, nous aurions pu élargir les entretiens aux autorités politico-administratives de la ville de Cotonou. Mais une telle entreprise n'a pu aboutir du fait des délais importants pour avoir un rendez-vous avec l'équipe municipale de la ville, ou avec le ministre de la Santé. Nous avons tenté de pallier ces limites en recourant aux articles de presse qui présentent des extraits d'entretien des autorités sur des sujets qui nous intéressent précisément.

Les conditions de réalisation des entretiens n'ont pas toujours été favorables. Si, avec les chefs de quartiers et les médecins, les entretiens se sont déroulés sans difficultés majeures, cela n'a pas été le cas avec des parents de personnes décédées du choléra. Les personnes interviewées ayant perdu un parent, un enfant, leur épouse ou leur époux lors d'une épidémie de choléra sont porteuses d'émotions qui ont influencé le déroulement des entretiens. Certains n'ont pas souhaité revenir sur un événement aussi douloureux. Pour d'autres, l'évocation de tels souvenirs a ravivé les douleurs au point que nous avons dû suspendre des entretiens, lorsque par exemple la veuve d'un défunt cholérique a fondu en larmes. Néanmoins, ces entretiens avec les proches de personnes décédées ont permis d'observer la singularité de leur cadre de vie, en termes d'exposition aux facteurs de risque ayant conduit au décès.

3.2.4 Mesurer les indicateurs de conditions socio-sanitaires des ménages par le questionnaire

L'enquête par questionnaire a été pour nous le moyen d'accéder à l'espace domestique des personnes malades du choléra. Le questionnaire est conçu pour prendre en compte des pratiques à risque des ménages et des individus face au choléra, et permet d'étudier les indicateurs précis de conditions sociales en lien avec la maladie, dans un ensemble d'informations générales sur la vie socio-économique des populations des quartiers étudiés.

Les questions posées concernent les caractéristiques socio-économiques des ménages, leur accessibilité aux infrastructures socio-sanitaires, leurs pratiques socio-culturelles, leurs connaissances du choléra et de son étiologie, leurs représentations de la maladie et des malades cholériques, ainsi que l'effet de cette maladie sur les rapports sociaux. La méthode doit également permettre la comparaison des pratiques des ménages et individus malades du choléra et celles de ceux qui ne l'ont pas été. Le questionnaire était aussi conçu avec des items permettant aux enquêtés de s'exprimer plus ouvertement. A l'intérieur des trois quartiers choisis, nous avons voulu soumettre systématiquement tous les anciens malades au questionnaire ; mais ceux-ci n'ont pas été tous retrouvés. Dans les registres du centre de santé, un nombre total de 59 malades a été identifié pour l'épidémie de 2010 dans les trois quartiers : 44 à Enagnon, 12 à Agbato et 3 à Kpankpan. Ces chiffres prennent en compte les personnes décédées.

Afin de retrouver les anciens malades, nous avons utilisé les informations sur les adresses et les numéros de téléphone des malades cholériques reçus dans le centre d'Ayélawadjè. Même si certains malades n'avaient pas laissé leur contact téléphonique, leurs adresses devaient nous permettre de retrouver leurs traces. Cependant, retrouver ces anciens malades de choléra deux ou trois ans après leur maladie n'a pas été simple. D'abord, ces trois quartiers sont composés de populations d'origines diverses. Il y a non seulement des Béninois, mais aussi des ressortissants d'autres pays de la sous-région ouest africaine. Il s'agit de Nigériens, de Togolais, de Ghanéens, de Tchadiens, etc. Ces étrangers sont souvent dans un processus de circulation migratoire. Ils passent d'un pays à un autre en quête de mieux-être. Ils tentent de s'insérer dans les différents pays de la sous-région et se déplacent régulièrement en fonction de leur situation. Or, beaucoup de malades se trouvent parmi eux. En ce qui concerne les malades nigériens, par exemple, qui se sont déplacés entre temps vers d'autres pays, nous avons dû faire des recoupements auprès de leurs compatriotes encore sur place. Notre référence principale a été le leader des ressortissants nigériens, notamment dans le quartier Enagnon. Il était quasiment impossible de retrouver un ancien malade nigérien sans passer par ce chef. L'aide de sa fille nous a été également précieuse, car elle connaissait presque tous les Nigériens résidant dans ce quartier. En effet, comme elle disposait d'un poste téléviseur avec un lecteur vidéo, son logement était un lieu de retrouvailles des femmes de la communauté nigérienne autour des séances de projections de films.

La difficulté a été la même avec les anciens malades d'origine ghanéenne. Certains d'entre eux étaient déjà retournés dans leur pays ; il n'a pas été possible de les retrouver. La solution

que nous avons trouvée a été, comme avec les Nigériens, de glaner des informations sur leur logement et les circonstances de leur maladie. Ensuite, d'autres malades ont dû changer de quartier. Le fait qu'ils aient été malades dans un quartier traduit, selon eux, un signe de mauvais augure : c'est que ce lieu ne leur a pas porté bonheur. Ils ont alors pu préférer déménager. Nous avons pu joindre certains d'entre eux au téléphone, et leur avons soumis le questionnaire par ce canal. Après l'entretien, ils nous indiquent leur ancien domicile, que nous visitons par la suite pour étudier les indicateurs d'accessibilité à l'eau et à l'assainissement, et prendre leurs coordonnées GPS, dans le but de pouvoir positionner leur ménage sur la carte des malades que nous avons réalisée.

L'effectif des ménages soumis au questionnaire se présente comme suit, selon les profils cholériques : 44 ménages touchés par le choléra et 19 ménages non touchés, soit 63 ménages au total.

Nous avons enquêté les ménages⁹¹ et les individus par questionnaire selon le schéma ci-après : 2 individus (1 malade et 1 non malade) dans chaque ménage touché et 1 individu dans chaque ménage non touché. 44 ménages de personnes malades⁹² ont été enquêtés contre 19 ménages de personnes non malades. Cependant, la différence entre le nombre de ménages de malades (44) et le nombre de malades (45) enquêtés s'explique par le fait qu'il a eu un ménage qui a présenté deux cas de choléra.

Tableau 8 : Répartition des enquêtés selon le profil cholérique du ménage

Type d'enquêté	Profil cholérique du ménage		Total
	Ménage avec malade	Ménage sans malade	
Malade	45	0	45
Non malade	23	19	42
Total	68	19	87

Source : Fousséni, enquête de terrain, 2012 et 2013

Au total, 87 individus ont répondu au questionnaire. Dans les ménages touchés, 45 malades et 23 non malades ont été enquêtés. Dans les ménages non touchés, 19 individus non atteints ont été enquêtés. Aussi, le décalage entre les personnes malades et les non-malades dans les

⁹¹ Le ménage est l'ensemble des occupants d'une résidence principale. Un ménage touché est un ménage ayant enregistré au moins un cas de choléra.

⁹² Une personne malade est un individu ayant souffert du choléra. Une personne non malade est *a contrario* une personne n'ayant pas souffert du choléra.

ménages de malades est-il lié au fait qu'il y a eu des ménages dans lesquels seuls les malades ont été enquêtés, soit parce qu'ils vivaient seuls, soit parce qu'ils ne résidaient plus dans les quartiers cibles. Nous avons, dans ce dernier cas, obtenu des informations auprès de personnes qui ont été témoins de leur maladie. Les 45 individus malades constituent la totalité des anciens malades que nous avons retrouvés dans les quartiers étudiés ; 14 anciens malades n'ont donc pas été retrouvés.

Les 87 individus enquêtés se répartissent comme suit dans les trois quartiers étudiés :

Tableau 9 : Répartition des enquêtés selon le profil cholérique et le quartier de résidence

Quartiers	Type d'enquêté		Total
	Malade	Non malade	
Agbato	8	11	19
Enagnon	26	21	47
Kpankpan	11	10	21
Total	45	42	87

Source : Fousséni, enquête de terrain, 2012, 2013

Dans le quartier Agbato, 19 individus ont été interrogés. Il s'agit de 8 malades et 11 personnes non malades. Dans ce quartier, 4 malades n'ont pas été retrouvés. A Enagnon, 47 personnes ont été enquêtées, dont 26 malades et 21 non malades. Sur 44 malades attendus, 26 ont été retrouvés et 18 avaient déménagé du quartier. Enfin, à Kpankpan, 11 malades ont répondu au questionnaire et 10 personnes non malades. Le nombre de malades retrouvés dans ce dernier quartier est supérieur au nombre (3) identifié dans les registres du centre de santé. Pourtant, ces malades, qui habitaient déjà le quartier, se sont aussi fait soigner dans le même centre de santé. Nous avons d'ailleurs été orienté vers eux par notre guide du quartier, qui a été témoin de leur prise en charge. Seul le cas d'un enfant décédé du choléra, et dont les parents ont emménagé dans ce quartier plus tard, a été signalé. Cela porte à croire que Kpankpan n'était pas plus épargné par le choléra qu'Agbato, et confirme que la morbidité diagnostiquée est loin de refléter la morbidité réelle.

L'administration du questionnaire s'est rapprochée d'un entretien, car la majorité des enquêtés ne savent ni lire ni écrire, et n'ont donc pas été en mesure de le remplir. Nous avons à chaque fois traduit les questions en langues locales, coché les réponses proposées par nos

interlocuteurs, et fait la synthèse de leur discours. Malgré la présence de guides à nos côtés, nous avons rempli les questionnaires nous-mêmes, non seulement pour éviter des erreurs, mais aussi pour approfondir au fur et à mesure des aspects intéressants soulevés par les enquêtes. Nous avons prévu un cahier dans lequel nous notions ces aspects qui ne sont pas forcément pris en compte dans le questionnaire, et qui se révélaient intéressants.

Notre enquête par questionnaire ne peut faire l'objet d'un traitement et de tests statistiques en raison de l'échantillon limité à 87 individus (Parizot, 2012, p. 94), c'est-à-dire tous les anciens malades retrouvés. Les informations obtenues sur les indicateurs des pratiques sociales en lien avec le choléra précisent davantage celles collectées par observation directe, et permettent une comparaison entre les quartiers.

3.2.5 Les articles de presse : un corpus pour documenter les enjeux politiques et économiques de la salubrité urbaine

Si les médias peuvent être objet ou terrain d'étude en sciences sociales, eu égard à de nombreux travaux publiés sur le sujet, concernant surtout la presse écrite (Laborde-Milaa, 2002 ; Zouari, 2007 ; Dagiral et Parasie, 2010, etc.), ils peuvent également constituer une source dans le cadre d'une enquête sociologique. La double dimension d'objet d'étude et de source de données est souvent imbriquée, notamment dans les travaux sur les représentations médiatiques des phénomènes sociaux. Par exemple, les publications de Ghania Mouffok (2006) sur les « violences et images de la femme dans la presse écrite algérienne », et de Mahaman Tidjani Alou (2008) intitulée « la crise alimentaire de 2005 vue par les médias », ont essentiellement mobilisé des archives de presse écrite et audio-visuelle. Cependant, c'est la presse écrite qui fait l'objet d'un usage scientifique plus large, en raison surtout des difficultés liées à la collecte de corpus audio-visuels (Tidjani, 2008, p. 39). Dans certains pays d'Afrique occidentale comme le Sénégal, le Niger, le Mali et le Bénin, la presse, notamment écrite, joue un véritable rôle d'archives dans des contextes marqués par l'insuffisance des systèmes d'archivage et de collecte des statistiques. Cette presse écrite est d'autant plus accessible que la plupart des organes sont disponibles sur Internet à l'ère des technologies de l'information et de la communication, et offrent la possibilité permanente d'y recourir.

Des articles de presse ont constitué un matériau important dans le cadre de cette étude. Le processus démocratique amorcé au Bénin depuis les années 1990 a favorisé le développement des mass-médias, que ce soit dans le secteur public ou privé. Le pays compte, au 29 janvier 2013, 92 organes de presse écrite, dont 63 sont des quotidiens ; et 67 organes de presse

audiovisuelle, la majorité appartenant au secteur privé (HAAC⁹³, 2013). Ces organes sont installés, pour la plupart, dans la ville de Cotonou. Matérialisant la liberté d'expression consacrée par la Constitution du Bénin adoptée le 11 décembre 1990, la multiplication des organes de presse favorise l'accès à l'information quotidienne et en temps réel des populations. Ces organes s'intéressent à tous les sujets concernant la vie sociale et politique du Bénin. Leur proximité avec les populations permet de rendre compte de faits quotidiens à l'échelle des quartiers, des villages et des villes. Ils constituent donc une source d'information incontournable sur la gestion politique du pays et les pratiques des populations.

L'un des objectifs de notre recherche étant d'analyser la dimension politique du choléra, la presse fournit des informations non seulement sur les pratiques d'insalubrité dans les quartiers de la ville de Cotonou, mais aussi sur les carences dans la gestion de la salubrité urbaine, que ce soit en termes de collecte et de traitement des déchets solides ménagers ou de maîtrise des inondations. L'intérêt pour ces articles de presse réside également dans le fait qu'ils relaient des discours des acteurs politiques, parfois antagonistes, sur les questions de salubrité urbaine. La plupart des organes consultés disposent d'un site Internet (certains paraissent même exclusivement en ligne), ce qui nous a donné la possibilité de télécharger des articles plusieurs mois après leur publication. Nous avons retenu un total de 150 articles traitant des épidémies de choléra, du mode de leur gestion, des réponses politiques apportées par la municipalité de Cotonou à l'insalubrité des espaces publics, du rôle des populations et des prestataires de services dans la gestion des déchets solides ménagers, des questions d'hygiène alimentaire, etc. Tous ces articles ont été sélectionnés sur la période de 2010 à 2014 dans 19 organes de presse⁹⁴ aussi bien locaux qu'internationaux, afin d'apprécier non seulement la dynamique dans le traitement de ces différentes questions, mais aussi de prendre en compte la diversité des opinions.

3.2.6 Des sources de données complémentaires

Les différentes sources, qu'il s'agisse de documents administratifs, de rapports d'études, de l'observation directe des quartiers, des entretiens, de l'enquête par questionnaire, ou des articles de presse, sont croisées dans notre approche. En effet, si le questionnaire permet

⁹³ Haute Autorité de l'Audiovisuel et de la Communication du Bénin.

⁹⁴ Les organes de presse béninois ci-après ont été consultés : *La Nouvelle Tribune*, *L'Évènement précis*, *Le Matinal*, *Adjinakou*, *L'Autre Fraternité*, *Fraternité*, *Dignité féminine*, *Matin Libre*, *Le Matin*, *La Presse du jour*, *La tribune Info*, *Le Nokoué*, *Réseau d'informations multimédia du Bénin*, *acotonou*. A cela, on peut ajouter des réseaux de journalistes tels que *West Africa Journalists Network*, et d'autres organes de presse internationale comme *Radio France International*, *Courrier International*.

d'étudier les indicateurs socio-économiques et les pratiques sociales à l'échelle des individus et des ménages, il ne prend pas en compte les effets de l'environnement physique sur les pratiques. C'est en observant le cadre de vie que l'on peut comprendre comment s'articulent ces deux facteurs. Car, si la prévalence du choléra est déterminée en partie par les pratiques sociales, celles-ci sont également liées à la nature de l'environnement. Dans ces conditions, il serait difficile de comprendre les pratiques des populations évoquées dans le questionnaire sans tenir compte de l'espace physique dans lequel elles vivent. De plus, l'observation permet de prendre part à des conversations ordinaires, révélant des réponses à des questions que le chercheur n'aurait pas toujours aisément posées dans un entretien formel (Chauvin, Jounin, 2012, p. 148).

Par ailleurs, le questionnaire n'a pas suffisamment pris en compte la dimension politique du choléra. Or, cette maladie est fortement liée à la gestion de la salubrité et l'accès des populations aux ouvrages socio-sanitaires. C'est au travers des entretiens avec des acteurs politiques que l'on peut appréhender le niveau d'équipement des quartiers et les modes de gestion des épidémies de choléra. L'entretien a également permis d'approfondir l'analyse des circonstances de décès de certains malades cholériques. Aussi, les épidémies de choléra dans trois quartiers de la ville doivent-elles être envisagées comme l'effet de la structuration socio-spatiale de l'ensemble de la ville, et donc de la fabrique de la ville. C'est pour cela qu'il nous a paru important de prendre en compte les facteurs urbains dans leur globalité, que ce soit la salubrité de la ville, la gestion des inondations, l'offre et l'accessibilité aux services sociaux, etc. Les articles de presse fournissent des informations relatives à ces questions, en même temps qu'ils permettent d'en mesurer les enjeux politiques – même s'ils peuvent manquer parfois de recul dans la narration des faits, en raison des enjeux professionnels des journalistes.

Ces différentes sources ont été mobilisées simultanément. La passation du questionnaire, les entretiens, ont été effectués en même temps que l'observation du cadre de vie, les uns constituant parfois le moyen d'accéder aux autres. Il est par exemple difficile de demander à des enquêtés que l'on souhaite observer leur espace domestique, mais plus facile d'y pénétrer dans le but de faire passer un questionnaire. Les documents administratifs et les articles de presse ont été consultés pendant toute la durée de la thèse, avant et pendant les enquêtes de terrain, et également durant la période de rédaction.

Le recours à des guides de terrain a été nécessaire dans le cadre de cette étude. Nous avons recruté trois guides, qui sont des autochtones des quartiers étudiés. Le recours à ces intermédiaires a été indispensable pour retrouver les anciens malades dans ces quartiers marqués par l'informel. Des habitations informelles côtoient les plus régulières, et les activités informelles constituent la principale source de revenus. Dans ces conditions, toute personne « étrangère », n'habitant pas le quartier, suscite méfiance et discrétion. Lorsqu'on demande à rencontrer une personne, ses voisins ne la présentent que dès lors qu'ils savent le motif de la visite. Parfois, ils disent ne pas connaître la personne que l'on recherche bien qu'elle soit leur voisin, leur époux, leur enfant ou leur ami. C'est pourquoi nous avons eu recours à trois relais communautaires originaires de chacun de ces quartiers. Ces relais sont des agents contractuels du centre de santé d'Ayélawadjè, chargés d'appuyer le service d'hygiène dans la mise en œuvre des plans de prévention des épidémies dans les quartiers de la zone sanitaire Cotonou II/III. Ils nous ont servi de guide, non seulement pour localiser les personnes selon les adresses qu'elles nous indiquent au téléphone, mais aussi pour les rassurer. Nous avons rémunéré les guides selon un tarif journalier que nous avons défini avec eux.

Toutefois, la présence des guides ne dissipe pas toujours les craintes des populations. Par exemple, dans le quartier Agbato, nous avons joint un ancien malade au téléphone à partir des renseignements portés dans le registre du centre de santé. En fait, la personne malade était une femme. Mais c'est son mari qui avait répondu au téléphone et nous avait informé qu'ils avaient déménagé du quartier. Avec un guide, nous nous sommes rendus à l'adresse indiquée par l'époux de l'ancienne malade cholérique. Son grand frère était censé vivre encore à la même adresse, car il s'agissait d'un bien immobilier familial. Sur place, nous avons trouvé une femme. Quand nous avons demandé à rencontrer la personne que nous recherchions, la femme a prétendu ne pas la connaître et nous a orientés ailleurs. Elle a prétendu ne connaître ni la personne que nous avions eue au téléphone, ni celle que nous recherchions. Nous avons fait le tour des adresses qu'elle nous avait indiquées et chaque fois on nous ramenait à elle. Alors nous avons compris qu'elle avait des craintes, car elle ne savait pas pourquoi on recherchait son mari. Nous avons demandé à notre guide que nous retournions chez elle pour lui expliquer, avant tout autre propos, le motif de notre visite à son époux. C'est seulement après cette explication qu'elle a reconnu être l'épouse de la personne que nous recherchions.

Par ailleurs, la prise de photographie était subordonnée à l'avis préalable des habitants des quartiers et de notre guide. Après avis de ce dernier, nous avons maladroitement photographié

un magasin de stockage de produits pétroliers de contrebande. Du fait que ces quartiers sont bordés par le lac Nokoué qui débouche sur le fleuve Ouémé, ayant lui aussi une connexion avec le Nigéria, des habitants de ces quartiers font du trafic de produits pétroliers en provenance de ce pays à l'aide de barques motorisées. Il s'agit d'un trafic fortement réprimandé au Bénin par les forces de police et la douane. Ce commerce informel se caractérise par l'exposition de l'essence au bord des rues, et le transport des bidons de produits sur des motocyclettes. Des incendies⁹⁵ ont été plusieurs fois occasionnés par ce trafic, et ont fait plusieurs victimes et des dégâts matériels importants. Dans ces conditions, les gouvernements successifs ont tenté d'éradiquer le secteur, sans succès. D'ailleurs, des affrontements ont souvent lieu entre les contrebandiers et les forces de l'ordre⁹⁶.

Pour contourner les forces de l'ordre et la douane, les trafiquants empruntent la voie fluviale et stockent les produits dans ces quartiers. A partir de là, ils les écoulent discrètement. Lorsque les contrebandiers nous ont aperçus, ils ont menacé de saisir notre appareil photo si on refusait de détruire l'image que nous avons prise. Nous avons été obligé d'obéir à leur injonction pour pouvoir continuer notre enquête dans ce quartier.

Enfin, certains endroits du quartier Enagon, contrôlés par des réseaux de banditisme organisé, présentent un vrai danger. C'est grâce à la présence de nos guides, eux aussi habitants de ces quartiers, que nous avons pu contourner ces différents obstacles et mener à terme notre enquête de terrain.

Les informations collectées par observation, par entretiens, dans les rapports administratifs et la presse ont fait l'objet d'un dépouillement thématique et d'une analyse de contenu. Pour chacune de ces sources, les informations ont été regroupées par thème et sous-thème dans des tableaux descriptifs. Ces données concernent notamment les connaissances sur le choléra, les représentations sociales de la maladie, les pratiques sociales, la prévention et l'offre de soin, les caractéristiques socio-économiques des quartiers, les caractéristiques socio-démographiques des malades cholériques, la nature et la répartition spatiale des ouvrages socio-sanitaires, etc. Les données recueillies par questionnaire ont été saisies avec le logiciel

⁹⁵ Voir, par exemple, Kingbêwé Yao Hervé, « Un incendie provoqué par l'essence kpayo fait d'énormes dégâts à Cotonou », publié dans le Journal *La Nouvelle Tribune* du 12 septembre 2015.

⁹⁶ « Lutte contre l'essence frelatée au Bénin : retour à la case départ après une navigation à vue », publié dans *La Nouvelle Tribune* du 27 mars 2013.

CSPRO et traitées sur SPSS⁹⁷. Le traitement manuel a été aussi parfois requis. Ce traitement nous a permis d'obtenir des statistiques descriptives.

Conclusion du chapitre

Notre approche méthodologique, caractérisée par une pluralité de sources d'information, au croisement de la sociologie et de la géographie, montre la complexité de la vie sociale, qu'il serait illusoire de prétendre révéler au travers d'un seul outil de recherche. Notre objet a été construit grâce aux informations statistiques, que ce soit sur la morbidité ou sur les caractéristiques socio-économiques des populations de la ville de Cotonou. Ces informations sont issues de rapports administratifs, mais aussi d'études nationales ou urbaines, et renseignent sur les conditions d'existence des populations. La méthode géographique nous a permis d'étudier la distribution spatiale du choléra et de prendre en compte l'effet de lieu, comme déterminant des pratiques sociales en lien avec la santé. L'observation du cadre de vie a été justement l'occasion d'appréhender l'espace physique des quartiers et leur organisation matérielle en infrastructures socio-sanitaires ; et de comprendre la morphologie sociale et l'organisation socio-politique de chaque quartier. Les entretiens avec divers acteurs intervenant dans la lutte contre les épidémies de choléra nous ont renseigné sur les représentations sociales de la maladie et de la mort cholériques, les carences politiques qui les favorisent, et les dispositifs mis en place pour prévenir la maladie et prendre en charge les malades potentiels. L'analyse de la dimension politique du choléra a été également approfondie grâce aux articles de presse, qui ont contribué à mieux cerner les enjeux politiques et économiques des actions de salubrité publique, la santé apparaissant comme une préoccupation mineure. Enfin, le questionnaire a permis de recueillir des indicateurs socio-sanitaires en lien avec le choléra. Ces différentes sources de données, pour alimenter une étude qualitative, montrent que si les inégalités sociales de santé peuvent être quantifiées, elles peuvent aussi être « qualifiées » (Fassin, 2000, pp. 123-144).

⁹⁷ CSPRO est un logiciel de saisie des données recueillies par questionnaire. SPSS permet de réaliser une analyse statistique, que ce soit en ce qui concerne les statistiques descriptives ou l'analyse des correspondances multiples.

DEUXIEME PARTIE

Effets combinés du milieu et des conditions socio-économiques sur les inégalités écologiques

La deuxième partie de cette thèse met en exergue le rôle du milieu et des conditions socio-économiques dans les inégalités écologiques. Elle montre comment le choléra traduit l'exposition différenciée des groupes sociaux aux nuisances environnementales et la production inégale des risques sanitaires. Cette partie est composée des chapitres 4, 5 et 6. Le chapitre 4 fonde, au travers de l'étude de la distribution spatiale de l'incidence du choléra, l'hypothèse du lien entre conditions socio-économiques et inégalités écologiques au Bénin en général et dans la ville de Cotonou en particulier. Le chapitre 5 analyse précisément la dimension socio-économique des inégalités écologiques dans la ville de Cotonou, en montrant comment les groupes sociaux les plus défavorisés occupent les espaces inondables et sont les plus exposés aux risques sanitaires environnementaux. Enfin, le chapitre 6 met en avant le rapport aux déchets dans les quartiers défavorisés de Cotonou et le rôle des habitants dans la production des nuisances environnementales.

Chapitre 4

L'hypothèse du lien entre conditions socio-économiques et inégalités écologiques

Ce chapitre pose l'hypothèse du rôle des conditions socio-économiques dans la prise de conscience des risques sanitaires environnementaux au Bénin, avec le choléra comme révélateur de ces risques. La septième pandémie de choléra s'est manifestée dans le pays en 1990. C'est dans les départements de l'Ouémé et de l'Atlantique, dans la région méridionale du pays, que les premiers cas de la maladie sont apparus au début du mois de décembre 1990. Cette année-là, 7 474 cas ont été notifiés, dont 259 décès, soit un taux de létalité de 3,4% (OMS, 1992). Depuis lors, le Bénin enregistre des épidémies chaque année. Si le nombre de cas de choléra déclarés dans le pays, du moins officiellement, dépasse rarement les 1000 par an, la maladie se répartit inégalement sur l'ensemble du territoire. Nous adoptons une approche géographique pour déterminer les espaces les plus touchés par le choléra au Bénin, et montrer la pertinence de l'hypothèse du lien entre conditions socio-économiques et risques sanitaires environnementaux. Les espaces les plus touchés seraient alors ceux où les conditions socio-économiques des populations sont en grande partie à l'origine de la place mineure accordée aux préoccupations environnementales. Ainsi retiendrons-nous de ces espaces les plus vulnérables au choléra, la ville et les quartiers dans lesquels nous approfondirons notre investigation. Nous allons faire varier les échelles territoriales pour confirmer cette hypothèse.

Nous avons choisi de faire cette analyse à l'échelle des départements, des villes et à l'intérieur de la ville de Cotonou. Au niveau des départements, nous essaierons de comprendre la place qu'occupe chacun d'eux, en termes de fréquence et d'incidence du choléra. Au niveau des villes du Bénin, nous allons également comparer la répartition de la maladie. Enfin, à l'échelle de la ville de Cotonou, nous essaierons de déterminer la géographie du choléra. Cette analyse permettra finalement de comprendre en quoi les espaces où la maladie s'exprime le plus présentent une plus grande vulnérabilité socio-économique et environnementale.

4.1 L'ancrage du choléra dans les départements méridionaux du Bénin

Avant d'analyser les facteurs permettant de poser l'hypothèse de la production des risques sanitaires environnementaux en lien avec les conditions socio-économiques, il convient d'abord de faire un point sur les épidémies dans l'ensemble du pays : nous retenons une période de dix années, de 2004 à 2013, afin de comprendre l'effet de la maladie au Bénin. Ensuite, il s'agit également de préciser la méthode utilisée pour le recueil et l'analyse des données statistiques sur la maladie.

4.1.1 Mesurer l'effet spatial du choléra au Bénin par l'approche par incidence

Depuis 1990, la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP) du ministère béninois de la Santé Publique (MSP) a mis en place le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS), dont l'une des missions est de rendre annuellement disponibles les statistiques sur la morbidité et la mortalité. Le choléra fait partie des pathologies à potentiel épidémique enregistrées dans le pays. Cette pathologie fait l'objet d'une synthèse annuelle, publiée dans l'annuaire des statistiques sanitaires au plan national. Les annuaires des statistiques sanitaires de 2005 à 2013⁹⁸ constituent la principale source de données sur le choléra. Ils fournissent les données sur la maladie, non seulement aux échelles nationale et départementale, mais aussi à celle des zones sanitaires.

Pour mesurer l'effet du choléra sur les espaces étudiés, nous avons recouru à la notion d'incidence. Car la prévalence est difficilement mesurable en ce qui concerne le choléra, en ce sens que son calcul intègre non seulement les nouveaux cas, mais aussi les anciens. Etant donné que le choléra est une maladie temporaire dont l'issue est soit la guérison soit le décès, les cas de malades cholériques ne sont pas cumulatifs comme pour certaines pathologies de longue durée, telles le Sida, les hépatites, les cancers, etc.

C'est l'incidence qui est la plus pertinente dans l'analyse du choléra. Elle renseigne sur la rapidité avec laquelle une pathologie s'étend dans une population donnée, et ne prend donc en compte que les nouveaux cas. Toutefois, les données statistiques disponibles sur le choléra concernent uniquement l'effectif des malades et des décès, et ne permettent pas de déterminer l'effet de la maladie sur les espaces étudiés. Dans ces conditions, nous avons dû calculer l'incidence de la maladie, à partir des cas de malades cholériques notifiés chaque année et l'effectif de la population de chaque espace retenu. Cela suppose de disposer des effectifs de population, au niveau national, départemental et communal pour la période de 2004 à 2013. Or, le dernier recensement de la population, du moins avant celui de 2013, date de 2002. Nous avons donc utilisé les chiffres issus de la projection par année faite par l'INSAE sur la période de 2002 à 2030. Nous avons également calculé le taux de létalité, qui est un marqueur du recours et de l'accessibilité aux soins des malades cholériques.

Le tableau ci-après présente le nombre de malades et de décès cholériques enregistrés dans le pays, ainsi que l'incidence de la maladie sur une période de dix années, de 2004 à 2013.

⁹⁸ L'Annuaire des statistiques sanitaires de 2004 ne comporte pas de données sur le choléra. Nous avons obtenu les chiffres de la maladie pour l'année 2004 à la direction de l'épidémiologie du ministère de la Santé publique.

Tableau 10 : Incidence (pour 100 000 habitants) du choléra au Bénin de 2004 à 2013

ANNÉE	Effectif de la population	Nombre de cas	Nombre de décès	Incidence pour 100 000 habitants	Létalité en %
2004	7 208 552	679	10	9,42	1,47
2005	7 447 454	763	12	10,24	1,57
2006	7 680 151	88	1	1,14	1,13
2007	7 958 813	0	0	0	0
2008	8 224 642	1009	6	12,27	0,59
2009	8 497 827	74	1	0,87	1,35
2010	8 778 648	969	7	11,04	0,72
2011	9 067 076	775	4	8,54	0,51
2012	9 364 619	630	3	6,73	0,47
2013	9 983 884	528	6	5,29	1,13

Source : Croisement des annuaires des statistiques sanitaires et du document de synthèse des cas de choléra par commune au Bénin de 2004 à 2013

Rappelons que les chiffres présentés ici sont loin de refléter la réalité du choléra au Bénin. Le nombre de cas déclarés chaque année est de manière certaine en-dessous de l'effectif réel des malades. Ces chiffres proviennent des centres de santé, où tous les malades ne se rendent pas. Les statistiques présentées dans ce tableau sont le résultat du croisement de deux sources statistiques sur le choléra à l'échelle nationale : les annuaires de statistiques sanitaires et la synthèse des cas de choléra par commune que nous avons obtenue au niveau de la direction de l'épidémiologie du ministère de la Santé publique. Les articles de presse⁹⁹ disponibles traitent des épidémies de façon localisée, et n'offrent pas une vue d'ensemble sur le territoire béninois.

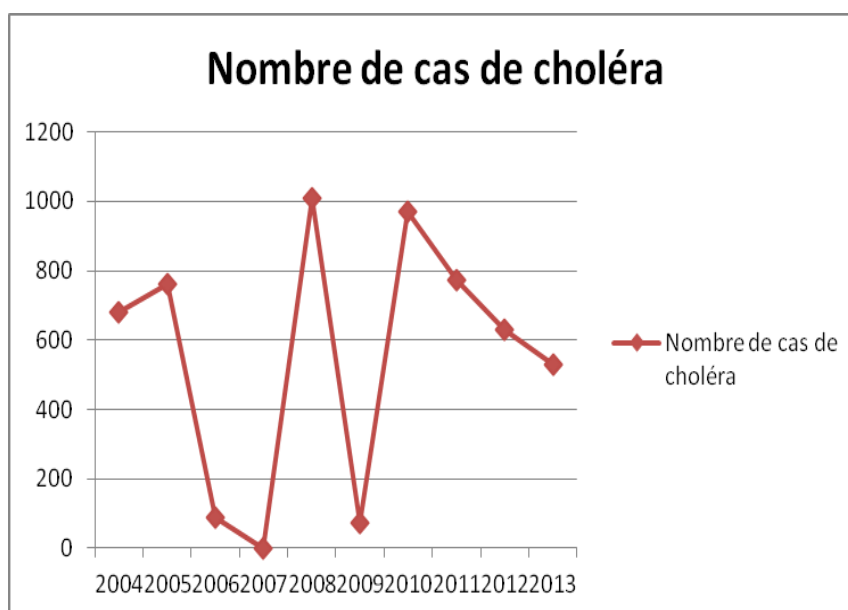
En ce qui concerne les deux sources, les chiffres sont variables de l'une à l'autre pour une même année. Par exemple, l'annuaire évoque 763 cas de choléra et 12 décès au Bénin en 2005, alors que le document de synthèse de la direction de l'épidémiologie fait cas de 720 malades et 9 décès pour la même année. Ces deux sources divergent encore de celle utilisée

⁹⁹ Baldé Assanatou, « Bénin : 7 morts dans une épidémie de choléra », publié le 14 juillet 2014 sur <http://www.afrik.com>, consulté le 11 décembre 2015 ; Basile Groult, « Épidémie de choléra au Bénin », publié le 19 octobre 2005 sur <http://www.vidome.com>, consulté le 11 décembre 2015 ; etc.

par Makoutodé *et al.* (2010), qui mentionne 749 cas et 11 décès, toujours pour l'année 2005. Le même constat peut être fait en 2010, où bien que l'annuaire et le document de synthèse indiquent le même nombre de décès cholériques (7), les deux sources évoquent en revanche des nombres variables de malades : 969 pour le premier et 941 pour le second. Cette divergence des données entre les structures d'un même ministère dénote une concertation limitée.

En croisant ces deux sources, nous avons retenu les chiffres les plus élevés, estimant qu'ils se rapprochent plus de la réalité épidémiologique. Le tableau ci-dessus montre la récurrence d'épidémies de choléra dans le pays. Sur cette période de dix années, le Bénin a enregistré neuf épidémies. Mais l'incidence de la maladie évolue en dents de scie. Sur la période de 2004 à 2013, l'incidence la plus élevée est de 12,27 malades pour 100 000 habitants, et concerne l'année 2008. L'évolution de l'incidence du choléra est imprévisible. Si, en 2004 et 2005, elle était respectivement de 9,42 et 10,24 pour 100 000 habitants, elle a chuté à 1,14 en 2006. Aucun cas n'a été enregistré en 2007. Ce ne fut qu'un répit ; l'épidémie de 2008 a enregistré une incidence dix fois plus élevée qu'en 2006. En 2009, l'incidence du choléra au Bénin a baissé à moins de 1 pour 100 000 habitants, puis a rebondi à 11,04 pour 100 000 habitants en 2010. On note une tendance baissière depuis 2011, où elle a passé de 8,58 à 5,29 pour 100 000 habitants. Il serait hasardeux de déduire que cette tendance soit durable, vu les variations antérieures observées d'une année à une autre.

Graphique 1 : Variation du nombre de cas de choléra au Bénin de 2004 à 2013



Source : Croisement des annuaires des statistiques sanitaires et du document de synthèse des cas de choléra par commune au Bénin de 2004 à 2013, réalisation Fousséni, 2015

La létalité est également faible pour l'ensemble du Bénin, avec moins de 2 décès pour 100 malades sur la même période de 2004 à 2013, même si le pays a enregistré des décès cholériques pour chacune des épidémies survenues sur cette période. Une fois encore, ces chiffres sont certainement loin de la réalité. Il existe des malades cholériques certainement décédés chez eux, sans pouvoir se rendre dans un centre de santé. Par exemple, lors de nos enquêtes dans le quartier Enagnon de Cotonou, des enquêtés nous ont rapporté le décès d'une femme dans des circonstances similaires au choléra. Elle aurait eu une diarrhée et vomi abondamment avant de décéder, ce qui laisse supposer qu'elle est morte du choléra. Même dans le quartier Kpankpan, le décès d'une jeune fille, précédemment traitée pour le choléra au centre de santé d'Ayélawadjè, s'est produit dans les mêmes circonstances : elle a été retrouvée morte au petit matin, après avoir eu une diarrhée et vomi pendant la nuit (enquête de terrain, juillet 2013).

4.1.2 Concentration du choléra dans les départements du bassin côtier du Bénin

On l'a vu, le choléra, en tant que maladie d'origine hydro-fécale, se développe dans des milieux densément peuplés et caractérisés par l'exposition aux eaux usées, au déficit d'assainissement des déchets et des excréta. Dans cette perspective, nous faisons l'hypothèse

que les départements du Bénin qui abritent un écosystème aquatique sur lequel s'exerce une pression socio-économique concentrent les cas les plus nombreux du choléra.

D'après la loi n° 97-028 du 15 janvier 1999, portant organisation de l'administration territoriale en République du Bénin, les départements sont des circonscriptions administratives de l'État. Pour montrer comment le département du Littoral, le plus urbanisé du pays en ce sens qu'il se compose de la seule ville de Cotonou, est le plus vulnérable au choléra, nous allons nous intéresser à la fréquence des épidémies et à leur incidence sur les douze départements que compte le Bénin.

Depuis le découpage territorial issu de la loi de 1999, l'organisation du pays est passée de six à douze départements. Ce sont les départements de l'Alibori, de l'Atacora, de l'Atlantique, du Borgou, des Collines, du Couffo, de la Donga, du Littoral, du Mono, de l'Ouémé, du Plateau et du Zou – comme le montre la carte administrative ci-après.

Carte 9 : Répartition des douze départements du Bénin



Source : <http://fr.mapsofworld.com/benin/>

Trois départements du bassin côtier béninois, l'Atlantique, le Littoral et l'Ouémé, présentent une certaine originalité, par rapport aux autres départements du pays, en raison de leurs caractéristiques écologiques, géographiques et socio-économiques. D'après notre hypothèse, c'est dans ces trois départements que l'on devrait enregistrer le plus grand nombre de malades cholériques.

En effet, l'Atlantique, le Littoral et l'Ouémé, sont situés dans la région méridionale du Bénin, et arrosés par des fleuves et plusieurs plans d'eau du bassin côtier¹⁰⁰. Le bassin côtier du Bénin est traversé par trois principaux fleuves. Il s'agit des fleuves Ouémé, long de 510 km, du Couffo dont la longueur est de 190 km, et enfin du Mono, qui s'étend sur 350 km. En plus de ces fleuves, le bassin côtier compte plusieurs plans d'eau, parmi lesquels le lac Nokoué (138km²), le lac Ahémé (78 km²), la lagune de Porto Novo (35 km²), la lagune de Cotonou, etc.

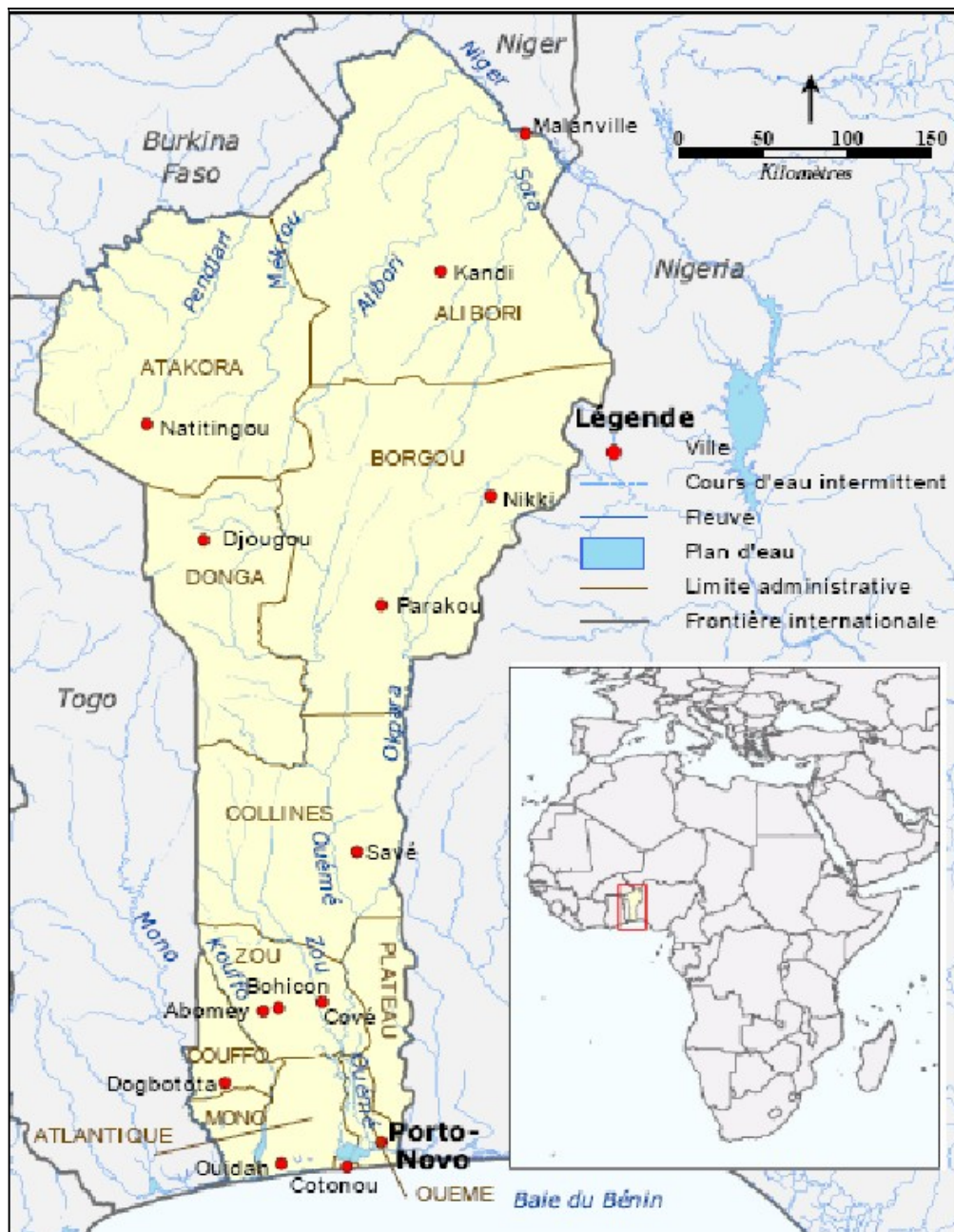
Les départements de l'Atlantique, de l'Ouémé et du Littoral sont situés en plein cœur du bassin côtier béninois, entourés ou traversés par ses fleuves et plans d'eau et sont frontaliers les uns avec les autres. Le département de l'Ouémé, au sud-est du Bénin, a une superficie de 1281 km². Il est limité au nord par le département du Plateau, au sud par l'Océan Atlantique, à l'est par la république fédérale du Nigéria et à l'ouest par le département de l'Atlantique. Il est traversé par le fleuve Ouémé, dont il porte d'ailleurs le nom. On y retrouve également la lagune de Porto Novo. Celle-ci communique plus à l'ouest avec le lac Nokoué.

Le département de l'Atlantique, d'une superficie de 3 233 km², est limité au sud par l'Océan Atlantique, au nord par le département du Zou, à l'ouest par le département du Mono. Avec le Mono, le département de l'Atlantique partage des frontières naturelles constituées du lac Ahémé, du fleuve Couffon et du fleuve Toho. A l'est, la frontière des départements de l'Atlantique et de l'Ouémé, passe par la vallée du fleuve Ouémé, puis traverse le lac Nokoué pour rejoindre le département du Littoral (INSAE, 2004).

Enfin, le département du Littoral est également très arrosé par des plans d'eau. En plus du lac Nokoué qu'il partage avec l'Atlantique et l'Ouémé, la ville est coupée en deux par la lagune de Cotonou, creusée par les Français au XIX^e siècle pour communiquer avec l'Océan Atlantique.

¹⁰⁰ Atlas hydrographique du Bénin, consulté sur www.slideshare.net, le 16 décembre 2015.

Carte 10 : Réseau hydrographique du Bénin



Source : UEMOA (2013), Atlas UEMOA de la pêche continentale. Programme régional de renforcement de la collecte des données statistiques des pêches dans les Etats membres - © 2012.

http://sirs.agrocampus-ouest.fr/atlas_uemoa.

En plus de cet écosystème aquatique très fourni, les trois départements appartiennent à la zone climatique subéquatoriale très arrosée. Cette zone enregistre deux saisons pluvieuses par an, avec une pluviométrie variant entre 900 et 1500 mm d'eau. Les principales villes de ces départements, telles Abomey-Calavi, Porto-Novo, Cotonou, etc., sont victimes d'inondations régulières en saison pluvieuse, favorisant la crue des fleuves et plans d'eau (Assogba, 2010).

De plus, ces départements composent la partie du Golfe de Guinée s'étendant de l'est de la Côte d'Ivoire jusqu'au Cameroun et qui baigne les littoraux du Ghana, du Togo, du Bénin et du Nigéria, et constitue le lieu d'une endémisation du choléra (Janin, 2004). Les eaux des lacs et lagunes, du fait de leur nature saumâtre, sont favorables au développement du vibron cholérique.

A ce milieu naturel très arrosé, s'ajoute une forte activité économique organisée autour de l'agriculture, le commerce et la pêche¹⁰¹. Il existe aussi une forte interaction entre les populations et les milieux lacustres des départements de l'Atlantique, du Littoral et de l'Ouémé, notamment liée aux activités de pêche. Par exemple, l'Ouémé abrite 20% des sites d'habitation des pêcheurs du pays (UEMOA, 2013). Dans ce département, se trouve les Aguégués, l'une des communes lacustres les plus importantes du pays. Dans le département de l'Atlantique, on retrouve 21% des sites d'habitation des pêcheurs du Bénin. En d'autres termes, les deux départements de l'Atlantique et de l'Ouémé renferment à eux seuls 41% des sites d'habitation de pêcheurs de l'ensemble du territoire national. Ces sites sont, pour la plupart, des villages construits autour des fleuves et des autres plans d'eau. On dénombre plusieurs villages lacustres dans le département de l'Atlantique. En plus de Ganvié, devenu célèbre pour ses services touristiques, il y a également So Ava, Sotchanhoué, Houédo, Aguékon, So Zounko, etc.

Enfin, les départements de l'Atlantique, du Littoral et de l'Ouémé concentrent une part importante de la population du pays. Ils abritent les plus grandes agglomérations du Bénin telles que Abomey-Calavi, Cotonou et Porto-Novo, dans lesquelles, comme nous le verrons plus loin, des populations vivent dans les conditions insalubres. Alors que ces trois départements ne représentent que 4,07% de la superficie totale du Bénin, ils regroupent 31,8% de la population totale du pays en 2013 (INSAE, 2015)¹⁰². Leurs densités humaines sont également les plus importantes du Bénin.

¹⁰¹ INSAE, Cahier des villages et quartiers de ville. Département de l'Ouémé, 2004.

¹⁰² INSAE, RGPH4 : Que retenir des effectifs de la population en 2013, juin 2015.

Tableau 11 : Densités de population par département au Bénin en 2013

Départements	Effectif de la population	Superficie (Km ²)	Densités (Habitants au Km ²)
Alibori	868 046	26 242	33
Atacora	769 337	20 499	37,
Atlantique	1 396 548	3 312	421
Borgou	1 202 095	25 856	46
Collines	716 558	13 931	51
Couffo	741 895	2 404	308
Donga	542 605	11 126	48
Littoral	678 874	79	8593
Mono	495 307	1 605	308
Ouémé	1 096 850	1 281	856
Plateau	624 146	3 264	191
Zou	851 623	5 243	162
Bénin	9 983 623	114 842	86

Source : INSAE, 2004, 2015

L'interaction entre ces facteurs écologiques, spaciaux et socio-économiques contribue donc à la dégradation du cadre de vie dans les trois départements. La situation sanitaire se dégrade dans des espaces caractérisés par de fortes densités humaines et l'insuffisant accès à l'eau potable et à l'assainissement. Dans le département de l'Ouémé, seulement 162 villages sur 405 disposaient d'une adduction d'eau en 2004, et, dans l'Atlantique, à peine 150 villages sur 500 avaient accès à l'eau potable (INSAE, 2004). La concentration des cas de choléra en zones lacustres a d'ailleurs été observée en République Démocratique du Congo. Dans les provinces du Nord-Kivu et du Sud-Kivu, les taux d'attaque du choléra sont plus élevés en zones lacustres qu'en zones non lacustres, entre 2000 et 2007 (Bompangue, 2009, p. 135). Cette sensibilité des zones lacustres est favorisée par la présence des villages de pêcheurs dans des campements ou des habitations permanentes, avec des déficiences d'accès à l'eau potable et à l'assainissement.

C'est effectivement dans les départements de l'Atlantique, du Littoral et de l'Ouémé que l'on enregistre le plus de malades cholériques. Les trois tableaux ci-après présentent les taux d'incidence et de létalité du choléra dans les douze départements pour la période de 2004 à 2013. Ils sont réalisés à partir des données statistiques collectées dans les annuaires de statistiques sanitaires et révèlent la plus grande vulnérabilité cholérique des trois départements par rapport à l'ensemble du pays.

Tableau 12 : Incidence (pour 10 000 habitants) et létalité (en %) du choléra par département au Bénin de 2004 à 2006

Département	2004					2005					2006				
	Effectif de la population	Nom-bre de cas de choléra	Nom-bre de décès	Inciden-ce pour 10 000 habitants	Léta-lité en %	Effectif de la population	Nom-bre de cas de choléra	Nom-bre de décès	Inciden-ce pour 10 000 habitants	Léta-lité en %	Effectif de la population	Nom-bre de cas de choléra	Nom-bre de décès	Inciden-ce pour 10 000 habitants	Léta-lité en %
Alibori	554 856	0	0	0	0	573 245	0	0	0	0	592 660	68	1	1,14	1,47
Atacora	585 015	0	0	0	0	604 403	0	0	0	0	624 874	0	0	0	0
Atlantique	853 626	124	2	1,45	1,61	881 916	37	1	0,42	2,7	911 786	0	0	0	0
Borgou	771 092	216	1	2,8	0,46	796 647	0	0	0	0	823 629	0	0	0	0
Collines	570 647	14	0	0,24	0	589 559	68	0	1,15	0	609 527	0	0	0	0
Couffo	558 575	0	0	0	0	577 087	0	0	0	0	577 087	0	0	0	0
Donga	372 743	0	0	0	0	385 097	0	0	0	0	398 140	0	0	0	0
Littoral	708 193	146	1	2,06	0,68	731 664	516	8	7,05	1,55	756 445	7	0	0,09	0
Mono	383 365	50	2	1,3	4	396 070	17	0	0,43	0	409 485	0	0	0	0
Ouémé	778 120	115	3	1,47	2,6	803 908	43	0	0,53	0	831 137	13	0	0,15	0
Plateau	433 494	8	1	0,18	12,5	447 861	31	0	0,7	0	463 029	0	0	0	0
Zou	638 826	6	0	0,09	0	659 998	51	3	0,77	5,88	682 352	0	0	0	0
Bénin	7 208 552	679	10	0,94	1,47	7 447 455	763	12	1,02	1,57	7 680 813	88	1	0,11	1,13

Source : Annuaire des statistiques sanitaires du Bénin de 2004 à 2013

Tableau 13 : Incidence (pour 10 000 habitants) et létalité (en %) du choléra par département au Bénin de 2008 à 2010

Départements	2008					2009					2010				
	Effectif de la population	Nombre de cas de choléra	Nombre de décès	Incidence pour 10 000 habitants	Létalité en %	Effectif de la population	Nombre de cas de choléra	Nombre de décès	Incidence pour 10 000 habitants	Létalité en %	Effectif de la population	Nombre de cas de choléra	Nombre de décès	Incidence pour 10 000 habitants	Létalité en %
Alibori	633 066	242	0	3,82	0	654 094	0	0	0	0	675 709	0	0	0	0
Atacora	667 476	0	0	0	0	689 647	0	0	0	0	712 437	0	0	0	0
Atlantique	973 950	26	0	0,26	0	1 006 300	0	0	0	0	1 039 554	145	0	1,39	0
Borgou	879 782	0	0	0	0	909 004	0	0	0	0	939 043	0	0	0	0
Collines	651 083	0	0	0	0	672 709	0	0	0	0	694 939	0	0	0	0
Couffo	637 310	0	0	0	0	658 478	0	0	0	0	680 238	0	0	0	0
Donga	425 284	193	4	4,53	2,07	439 410	1	0	0,02	0	453 931	0	0	0	0
Littoral	808 018	519	2	6,42	0,38	834 856	0	0	0	0	862 445	683	5	7,92	0,73
Mono	437 402	0	0	0	0	451 931	73	1	1,61	1,36	466 865	0	0	0	0
Ouémé	887 801	29	0	0,32	0	917 290	0	0	0	0	947 603	141	2	1,48	1,42
Plateau	494 598	0	0	0	0	511 026	0	0	0	0	527 913	0	0	0	0
Zou	728 873	0	0	0	0	753 083	0	0	0	0	777 969	0	0	0	0
Bénin	8 224 643	1009	6	1,22	0,6	8 497 827	74	1	0,08	1,35	8 778 646	969	7	1,1	0,72

Source : Annuaire des statistiques sanitaires du Bénin de 2004 à 2013

Tableau 14 : Incidence (pour 10 000 habitants) et létalité (%) du choléra par département au Bénin de 2010 à 2013

Départements	2011					2012					2013				
	Effectif de la population	Nom-bre de cas de choléra	Nom-bre de décès	Inciden-ce pour 10 000 habitants	Léta-lité en %	Effectif de la popula-tion	Nombre de cas de choléra	Nom-bre de décès	Inciden-ce pour 10 000 habitants	Léta-lité en %	Effectif de la population	Nombre de cas de choléra	Nom-bre de décès	Incidence pour 10 000 habitants	Léta-lité en %
Alibori	697 910	0	0	0	0	720 812	0	0	0	0	868 046	0	0	0	0
Atacora	735 845	0	0	0	0	759 992	11	0	0,14	0	769 337	0	0	0	0
Atlantique	1 073 709	224	2	2,08	0,89	1 108 944	13	0	0,12	0	1 396 548	235	1	1,68	0,00
Borgou	969 896	66	0	0,68	0	1 001 724	4	0	0,04	0	1 202 095	0	0	0	0
Collines	717 772	236	1	3,28	0,42	741 644	208	2	2,8	0,96	716 558	0	0	0	0
Couffo	702 588	0	0	0	0	725 644	29	0	0,4	0	741 895	5	1	0,06	0,2
Donga	468 845	1	0	0,02	0	484 230	178	1	3,67	0,56	542 605	1	0	0,02	0
Littoral	890 781	226	1	2,53	0,44	920 013	3	0	0,03	0	678 874	223	4	3,28	0,01
Mono	482 204	4	0	0,08	0	498 028	64	0	1,28	0	495 307	4	0	0,08	0
Ouémé	978 737	3	0	0,03	0	1 010 855	120	0	1,18	0	1 096 850	60	0	0,54	0
Plateau	545 258	0	0	0	0	563 151	0	0	0	0	624 146	0	0	0	0
Zou	803 530	15	0	0,18	0	829 898	0	0	0	0	851 623	0	0	0	0
Bénin	9 067 075	775	4	0,85	0,51	9 364 619	630	3	0,67	0,47	9 983 623	528	6	0,52	0,01

Source : Annuaire des statistiques sanitaires du Bénin de 2004 à 2013

Ces trois tableaux montrent qu'aucun département du Bénin n'est épargné par le choléra sur la période de 2004 à 2013. Toutefois, ils sont inégalement atteints. Sur ces années, tous n'ont pas enregistré le même nombre d'épidémies. Le département de l'Atacora n'a enregistré qu'une seule épidémie ; l'Alibori et le Plateau ont été touchés deux fois chacun ; le Zou et le Borgou ont été atteints trois fois. En revanche, les départements de l'Atlantique, de l'Ouémé et du Littoral sont les plus fréquemment touchés par le choléra avec sept épidémies pour le premier et huit pour chacun des deux derniers, sur les neuf enregistrées au Bénin.

Tableau 15 : Fréquence d'épidémies de choléra par département au Bénin de 2004 à 2013

Départements	Nombre d'épidémies enregistrées
Alibori	2
Atacora	1
Atlantique	7
Borgou	3
Collines	4
Couffo	5
Donga	5
Littoral	8
Mono	6
Ouémé	8
Plateau	2
Zou	3

Source : Fousséni, 2015, récapitulatif des tableaux 2, 3, et 4

La plus grande vulnérabilité des départements de l'Atlantique, du Littoral et de l'Ouémé face au choléra se traduit également par les incidences les plus fortes.

Tableau 16 : Récapitulatif de l'incidence (pour 10 000 habitants) du choléra sur les douze départements

Département	2004	2005	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Alibori	0	0	1,14	3,82	0	0	0	0	0
Atacora	0	0	0	0	0	0	0	0,14	0
Atlantique	1,45	0,42	0	0,26	0	1,39	2,08	0,12	1,68
Borgou	2,8	0	0	0	0	0	0,68	0,04	0
Collines	0,24	1,15	0	0	0	0	3,28	2,8	0
Couffo	0	0	0	0	0	0	0	0,4	0,06
Donga	0	0	0	4,53	0,02	0	0,02	3,67	0,02
Littoral	2,06	7,05	0,09	6,42	0	7,92	2,53	0,03	3,28
Mono	1,3	0,43	0	0	1,61	0	0,08	1,28	0,08
Ouémé	1,47	0,53	0,15	0,32	0	1,48	0,03	1,18	0,54
Plateau	0,18	0,7	0	0	0	0	0	0	0
Zou	0,09	0,77	0	0	0	0	0,18	0	0

Source: Fousséni, 2015, récapitulatif des tableaux 2, 3 et 4

Ce tableau montre que les trois départements présentent les incidences du choléra parmi les plus élevées. Pour mieux faire comprendre l'effet spécifique du choléra, nous avons créé trois intervalles de rang. Ainsi, ressortent les départements ayant fréquemment enregistré les incidences les plus élevées.

Tableau 17 : Comparaison des rangs occupés par chaque département en termes d'incidence du choléra entre 2004 et 2013

Département	Entre 1 ^{er} et 3 ^e	Entre 4 ^e et 6 ^e	Entre 7 ^e et 9 ^e	Total des épidémies
Alibori	2	0	0	2
Atacora	0	1	0	1
Atlantique	3	2	2	7
Borgou	1	1	1	3
Collines	3	1	0	4
Couffo	0	2	0	2
Donga	3	1	1	5
Littoral	7	0	1	8
Mono	2	4	0	6
Ouémé	4	3	1	8
Plateau	0	1	1	2
Zou	1	1	1	3

Source : Fousséni, 2015, à partir des tableaux 2, 3 et 4

La fréquence des épidémies dans l'Atlantique, le Littoral et l'Ouémé s'accompagne des incidences les plus fortes. Le département du Littoral est le seul du pays à avoir enregistré sept fois les trois incidences les plus fortes du choléra, parmi les douze départements. Il est suivi de l'Ouémé, qui est resté quatre fois dans cet intervalle. L'Atlantique fait partie des trois départements ayant eu trois fois les trois incidences les plus fortes. Au vu des épidémies les plus régulières et des incidences les plus fortes, on peut donc conclure que l'Atlantique, le Littoral et l'Ouémé sont bien les départements les plus atteints par le choléra entre 2004 et 2013. Ils concentrent la grande majorité des cas de choléra pendant six épidémies sur les huit qu'ils ont enregistrées sur la période étudiée. Ces trois départements sont suivis par le Mono et la Donga qui ont enregistré respectivement six et cinq épidémies sur les huit.

Il faut souligner que parmi les trois départements les plus atteints, le Littoral présente la vulnérabilité la plus grande. Sur neuf épidémies, ce département a enregistré la plus forte incidence cinq fois. Il est en deuxième rang trois fois. Dans ces derniers cas, l'écart avec le département le plus touché est très faible (0,74 en 2004 ; 1,05 en 2006 ; 0,75 en 2011). Les trois départements concentrent en 2004, 2005, 2008, 2011 et 2013, respectivement 56,7%, 78,11%, 56,88%, 100%, 58,45% et 98,1% des malades cholériques du Bénin, alors qu'ils ne représentent en moyenne que 32% de la population du pays sur la même période.

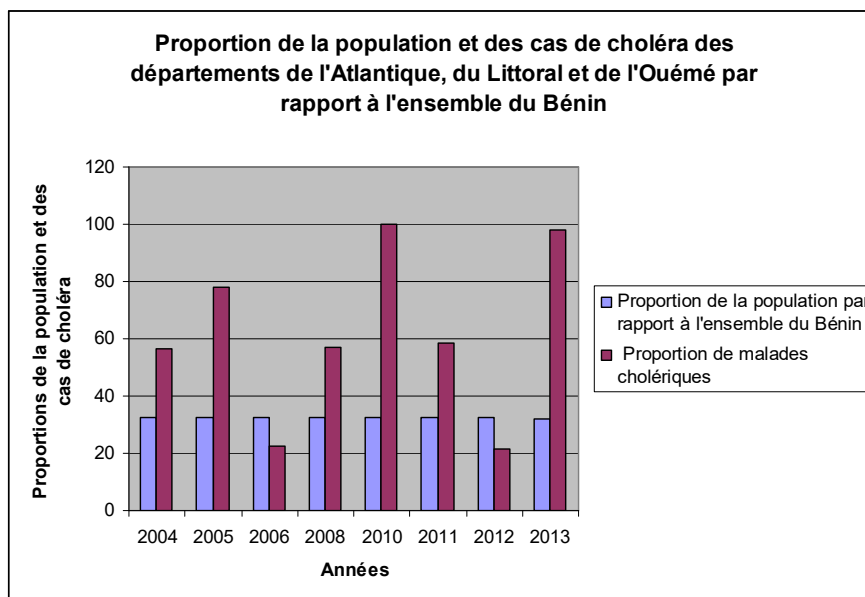
Tableau 18 : Proportion de la population des départements de l'Atlantique, du Littoral et de l'Ouémé, et des cas de choléra sur l'ensemble du Bénin

Années	2004	2005	2006	2008	2010	2011	2012	2013
Population des trois départements	2 335 939	2 417 488	2 499 368	2 669 769	2 849 602	2 943 227	3 039 812	3 172 272
Population du Bénin	7 208 552	7 447 455	7 680 813	8 224 643	8 778 646	9 067 075	9 364 619	9 983 623
Proportion par rapport à l'ensemble du Bénin	32,4	32,46	32,54	32,46	32,46	32,46	32,46	31,77
Proportion de malades cholériques	56,7	78,11	22,72	56,88	100	58,45	21,58	98,1

Réalisation : Fousséni, 2015, à partir des tableaux 2, 3 et 4

L'histogramme ci-dessous permet de visualiser l'effet du choléra au niveau des trois départements.

Graphique 2 : Proportion de la population et des cas de choléra des départements de l'Atlantique, du Littoral et de l'Ouémé par rapport à l'ensemble du Bénin



Réalisation: Fousséni, 2015, à partir des tableaux du tableau 8

La presse béninoise a également relayé la récurrence des épidémies de choléra dans les départements du sud du Bénin : « Une épidémie de choléra, qui sévit dans le sud du Bénin depuis début juillet, a provoqué la mort de 9 personnes sur les 459 cas dénombrés jusqu'à présent »¹⁰³, « depuis le 28 août, plusieurs cas de choléra ont été répertoriés dans la municipalité de Sô-Ava, au Sud-est du pays »¹⁰⁴, « au moins 7 personnes sur 150 cas dénombrés ont péri dans une épidémie de choléra, qui sévit dans le sud du Bénin... »¹⁰⁵, etc., relève-t-on dans la presse écrite.

La létalité du choléra à l'échelle de ces départements du sud du Bénin est relativement faible. Mais le département du Littoral n'est certes pas plus épargné que les autres. Bien qu'il n'ait pas la létalité la plus forte (il est, en cinquième position avec 0,68 % en 2004, troisième en 2005, troisième en 2013, par exemple), il est le seul à avoir connu des décès pendant six épidémies sur les huit qu'il a enregistrées. Toutefois, il existe un écart important entre l'incidence du choléra et la létalité dans le Littoral. Ce qui montre que c'est le département où l'on tombe le plus malade de choléra et où la prise en charge de la maladie est la meilleure.

¹⁰³ Basile Groult, « Epidémie de choléra au Bénin », publié le 19 octobre 2005 sur <http://www.vidome.com>, consulté le 11 décembre 2015.

¹⁰⁴ Croix Rouge, « Epidémie de choléra au Bénin », publié le 31 octobre 2013 sur <http://www.croix-rouge.be>, consulté le 20 décembre 2015.

¹⁰⁵ Propos du ministre de la Santé publique, recueillis par Assanatou Baldé et publié dans l'article « Au moins sept personnes sont mortes dans une épidémie de choléra, dans le sud du Bénin », du lundi 14 juillet 2014, consulté le 20 décembre 2015 sur <http://www.afrik.com/benin>.

Si l'hypothèse du lien entre facteurs écologiques, spaciaux et socio-économiques et choléra s'est vérifiée à l'échelle des départements, elle peut aussi se confirmer au niveau des villes où ces facteurs interagissent fortement. Dans ces conditions, la ville qui concentrerait la majorité des malades cholériques du pays serait celle où ces facteurs sont les plus présents.

4.2 Cotonou : d'une ville lacustre à un espace vulnérable au choléra

La définition de la ville est complexe ; elle varie selon les pays en Afrique subsaharienne. Il en existe 28 définitions dans 38 pays en fonction de critères de seuil démographique, ou d'attributs administratifs, ou encore de la combinaison des deux (Dubresson *et al.*, 2011, p. 144). Au Bénin, l'INSAE a défini le « milieu urbain » en fonction des critères politique, démographique, infrastructurel et administratif. Pour être considéré comme urbain, le milieu doit être un chef-lieu de commune, avoir une population d'au moins 10 000 habitants, et abriter une des infrastructures parmi les suivantes : bureau de poste et télécommunication, bureau de recette-perception du trésor public, système d'adduction d'eau (SBEE¹⁰⁶, devenu SONEB), électricité (SBEE), centre de santé, collège d'enseignement général avec 2^e cycle ; ou bien un chef-lieu d'arrondissement ayant au moins quatre des infrastructures énumérées ci-dessus, et avec le même seuil démographique (INSAE, 2003).

Le pays regroupe 77 communes. Mais tous les chefs-lieux de commune ne remplissent pas les critères définis. Certains comportent l'une des infrastructures citées mais sont en dessous du seuil démographique ou le contraire.

Les chefs-lieux de départements remplissent toutes ces caractéristiques de la ville. D'abord, ils ont tous plus de 10 000 habitants. Par exemple, en 2004 déjà, le moins peuplé de ces chefs-lieux (Natitingou) comptait 80 520 habitants, soit 8 fois le seuil défini. Toutes les infrastructures administratives, politiques et éducatives, sont concentrées dans ces chefs-lieux de département. Ce sont eux qui abritent les préfetures, les directions départementales des ministères, etc. En principe, chaque département a un chef-lieu. Logiquement, on devrait avoir douze chefs-lieux de départements au Bénin. Jusqu'en juin 2016¹⁰⁷, les autorités publiques ont maintenu les anciens chefs-lieux (au nombre de six), d'avant le découpage de 1999, car les propositions faites antérieurement pour le choix de six nouveaux chefs-lieux ont

¹⁰⁶ Société Béninoise d'Electricité et d'Eau du Bénin. Le volet fourniture d'eau a été séparé de celui de l'électricité. Elle est transformée en deux sociétés autonomes, Société d'Energie Electrique du Bénin (SBEE) et Société Nationale des Eaux du Bénin (SONEB).

¹⁰⁷ Décision du Conseil des ministres du 22 juin 2016. Elle fixe les douze chefs-lieux de départements et nomme les préfets.

fait l'objet d'insurrections populaires, parfois suivies d'échauffourées¹⁰⁸. C'est à l'échelle de ces six anciens chefs-lieux, qui sont d'ailleurs les six principales villes du Bénin, que nous allons analyser la fréquence des épidémies de choléra et leur incidence. Nous y étudierons l'interaction entre les facteurs écologiques, spaciaux et socio-économiques et déterminer la ville qui est la plus susceptible de concentrer les malades cholériques.

Tableau 19 : Présentation sommaire des six anciens chefs-lieux de départements au Bénin

Villes chefs-lieux	Départements	Situation géographique	Effectif de la population en 2013	Distance par rapport à Cotonou
Natitingou	Atacora-Donga	Nord-ouest	103 843	533 km
Parakou	Borgou-Alibori	Nord-est	255 478	407 km
Cotonou	Atlantique-Littoral	Sud	679 012	-
Lokossa	Mono-Couffo	Sud-ouest	104 961	104 km
Porto Novo	Ouémé-Plateau	Sud-est	264 320	25 km
Abomey	Zou-Collines	Sud	92 266	145 km

Source : INSAE, 2016¹⁰⁹

Nous avons calculé l'incidence du choléra dans les six villes, à partir des effectifs de malades et des chiffres de la population issus de la projection faite par l'INSAE et du recensement de 2013 (RGPH-4). Mais les effectifs de malades par ville ne figurent pas dans les annuaires de statistiques sanitaires du Bénin. Les chiffres qui y sont présentés sont déclinés au niveau des départements et des zones sanitaires. Pour avoir les effectifs de malades par ville, nous nous sommes adressé à la direction de l'épidémiologie du ministère de la Santé publique, où nous avons pu accéder à la répartition du choléra par commune de 2004 à 2011. Nous avons volontairement exclu les épidémies de 2006 et de 2009. En 2006, seules trois villes ont enregistré des cas de choléra, avec des effectifs de malades peu significatifs : 1 pour Natitingou, 2 pour Porto Novo et 4 pour Cotonou. En 2009, aucune des villes retenues n'a enregistré de cas de choléra. Toutefois, les statistiques recueillies dans les annuaires et celles reçues à la direction de l'épidémiologie ne sont pas toujours concordantes, notamment en ce qui concerne les départements. Par exemple, l'annuaire des statistiques sanitaires de 2010 affiche 683 cas de choléra pour le département du Littoral, pendant que le document reçu de la direction de l'épidémiologie mentionne 655 malades cholériques pour le même département. Nous avons croisé les deux sources qui sont d'ailleurs toutes produites par le

¹⁰⁸ « Nouveau découpage territorial : le Bénin au bord de la division », publié par *Le Matinal* du 9 octobre 2008, consulté le 20 décembre 2014.

¹⁰⁹ INSAE, Effectifs de la population des villages et quartiers de ville du Bénin, RGPH-4, 2013, publié en 2016.

ministère de la Santé, et retenu les chiffres les plus élevés pour chacune des villes, estimant qu'ils se rapprochaient plus de la réalité. Le choléra se répartit comme suit dans les six anciens chefs-lieux de département :

Tableau 20 : Incidence (pour 10 000 habitants) et létalité (en %) du choléra dans les villes au Bénin en 2004 et 2005

Villes	2004					2005				
	Effectif de la population	Nombre de cas de choléra	Nombre de décès	Incidence pour 10 000 habitants	Létalité en %	Effectif de la population	Nombre de cas de choléra	Nombre de décès	Fréquence pour 10 000 habitants	Létalité en %
Natitingou	80 520	0	0	0	0	83 188	0	0	0	0
Parakou	159 505	41	0	2,57	0	164 791	0	0	0	0
Cotonou	708 193	146	1	2,06	0,68	731 634	516	8	7,05	1,55
Lokossa	82 061	0	0	0	0	84 781	0	0	0	0
Porto Novo	238 034	2	1	0,08	50	245 923	31	0	1,26	0
Abomey	83 417	0	0	0	0	86 181	2	0	0,23	0

Source : Direction de l'épidémiologie, 2012

Tableau 21 : Incidence (pour 10000 habitants) et létalité (en %) du choléra dans les villes au Bénin en 2008 et 2010

Villes	2008					2010				
	Effectif de la population	Nombre de cas de choléra	Nombre de décès	Incidence pour 10 000 habitants	Létalité en %	Effectif de la population	Nombre de cas de choléra	Nombre de décès	Incidence pour 10 000 habitants	Létalité en %
Natitingou	91 869	0	0	0	0	98 058	0	0	0	0
Parakou	181 988	0	0	0	0	194 247	0	0	0	0
Cotonou	808 018	519	2	6,42	0,38	862 445	683	5	7,92	0,73
Lokossa	93 628	0	0	0	0	99 935	0	0	0	0
Porto Novo	271 586	1	0	0,03	0	289 880	5	0	0,17	0
Abomey	95 175	0	0	0	0	101 586	0	0	0	0

Source : Direction de l'épidémiologie, 2012

Tableau 22 : Incidence (pour 10 000 habitants) et létalité (en %) du choléra dans les villes au Bénin en 2011

Villes	2011				
	Effectif de la population	Nombre de cas de choléra	Nombre de décès	Incidence pour 10 000 habitants	Létalité en %
Natitingou	101 279	0	0	0	0
Parakou	200 655	0	0	0	0
Cotonou	890 781	226	1	2,53	0,44
Lokossa	103 215	0	0	0	0
Porto Novo	299 407	0	0	0	0
Abomey	104 924	14	0	1,33	0

Source : Direction de l'épidémiologie, 2012

Pour mieux comprendre la part des malades cholériques qui vivent dans ces villes, nous avons calculé leur fréquence par rapport à l'ensemble des malades.

Tableau 23 : Proportion de la population des six villes et fréquence (en %) du choléra par rapport à l'ensemble du Bénin en 2004, 2005 et 2008

	2004		2005		2008	
	Population	Fréquence des cas de choléra	Population	Fréquence des cas de choléra	Population	Fréquence des cas de choléra
Villes	1 351 730 (18,75%)	189 (27,83%)	1 396 498 (18,75%)	549 (72%)	1 542 264 (18,75%)	520 (51,53%)
Bénin	7208552	679	7447455	763	8224643	1009

Source : Récapitulatif des tableaux 7 et 8

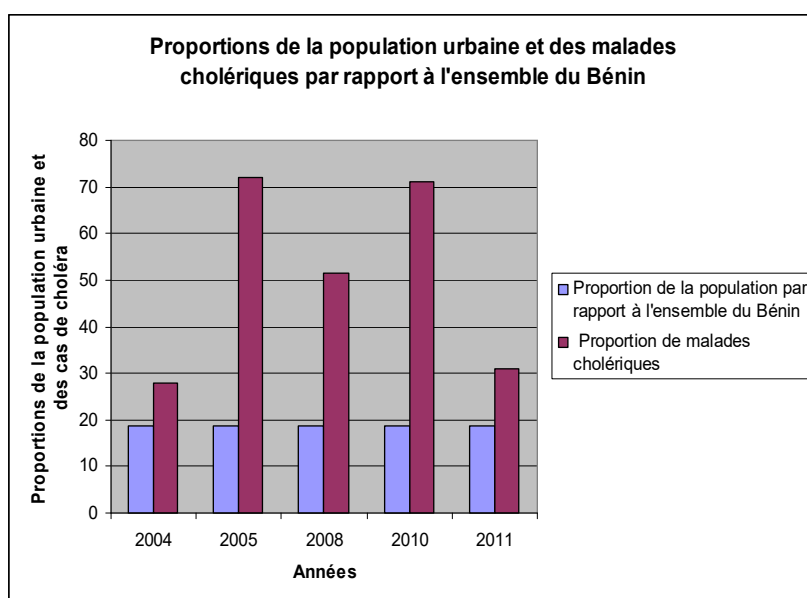
Tableau 24 : Proportion de la population des six villes et fréquence du choléra par rapport à l'ensemble du Bénin en 2010 et 2011

	2010		2011	
	Population	Fréquence des cas de choléra	Population	Fréquence des cas de choléra
Villes	1 646 151 (18,75)	687 (71)	1 700 261 (18,75)	240 (31)
Bénin	8 778 646	969	9 067 075	775

Source : Récapitulatif tableaux 8 et 9

Une première remarque se dégage de ces tableaux. Les six villes concentrent la majorité des cas de choléra. Durant la période considérée, les projections de l'INSAE ont attribué globalement aux six villes retenues un pourcentage de 18,75% de la population totale du Bénin. D'une année à l'autre, ces six villes ont enregistré des pourcentages très variables de malades cholériques par rapport à l'ensemble du pays, respectivement 27,83%, 72%, 51,53%, 71% et 31%. Ces pourcentages sont toujours supérieurs, et parfois de beaucoup, à la part que représentent ces villes dans la population totale du pays.

Graphique 3 : Proportion de la population urbaine et des malades par rapport à l'ensemble du Bénin



Réalisation : Fousséni, à partir des tableaux 10 et 11

Toutefois, l'effectif de malades cholériques a été faible dans quatre villes les moins peuplées des six. C'est à Cotonou, la ville la plus peuplée du Bénin, que les épidémies de choléra ont été les plus fréquentes. C'est la seule ville à avoir été touchée par les cinq épidémies analysées, c'est-à-dire celles de 2004, 2005, 2008, 2010 et 2011. Elle est suivie de Porto Novo, avec quatre épidémies sur cinq, d'Abomey avec deux sur cinq, et de Parakou avec une épidémie sur cinq. La ville de Natitingou, quant à elle, n'a enregistré aucune épidémie sur la période étudiée.

Cotonou est aussi la ville où le choléra a l'incidence la plus élevée en temps d'épidémies, avec toutefois une exception en 2004. Cette année-là, le choléra a particulièrement sévi dans deux villes : Parakou, avec une incidence de 2,57 pour 10 000 habitants, puis Cotonou avec 2,06. L'écart entre les deux n'est d'ailleurs pas significatif. Les autres villes sont relativement

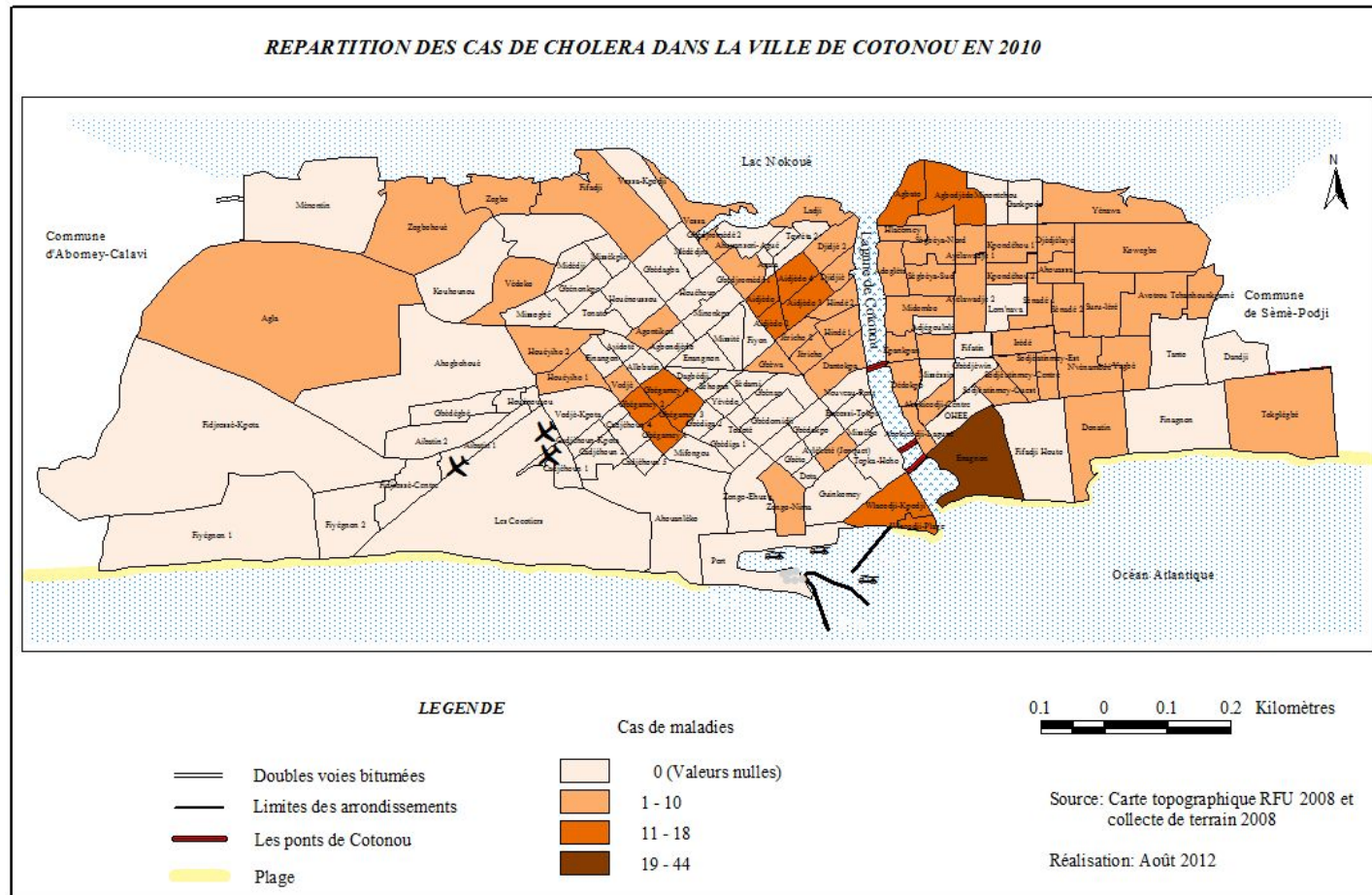
épargnées. La ville de Parakou a connu une incidence de 2,57 pour 10 000 habitants, et est suivie de Cotonou avec 2,06. L'écart entre les deux n'est d'ailleurs pas significatif. Les autres villes sont relativement épargnées. La ville de Cotonou a été la plus touchée en 2005 avec 7,5 malades pour 10 000 habitants. Elle a été suivie de Porto Novo avec 1,26 pour 10 000 habitants. La ville d'Abomey était en troisième position avec ses 2 cas, représentant 0,23 malade pour 10 000 habitants. En 2008 et 2010, Cotonou a occupé la première place avec une incidence respective de 6,42 et de 7,92 pour 10 000 habitants. L'écart d'incidence pour ces deux années est très grand entre Cotonou et les autres villes, qui n'ont d'ailleurs pas enregistré de cas, à part Porto Novo où l'incidence est quasiment nulle (0,03 et 0,011 pour 10 000 habitants). Enfin, la ville de Cotonou était encore la plus touchée en 2011 avec une incidence de 2,53 pour 10 000 habitants, devant Abomey, où l'incidence de choléra était de 1,33 pour 10 000 habitants.

Sur les cinq épidémies étudiées, la ville de Cotonou a été quatre fois la plus touchée des six chefs-lieux de département. Elle a occupé la deuxième place une fois. On enregistre également des décès pour chaque épidémie déclarée dans cette ville. On peut donc conclure que Cotonou est la ville du Bénin où les épidémies de choléra sont les plus fréquentes et ont l'incidence la plus élevée.

C'est donc Cotonou que nous allons retenir pour approfondir l'étude du lien entre risques sanitaires, caractéristiques environnementales et conditions socio-économiques. Mais pour faire ressortir le rôle des facteurs socio-économiques dans la prise de conscience des risques sanitaires environnementaux, il convient d'étudier la répartition de la maladie à l'échelle de la ville, et prendre en compte sa variation sur une échelle territoriale présentant une caractéristique environnementale similaire. Cette démarche est sous-tendue par l'hypothèse que si l'effet du milieu physique est déterminant dans l'exposition des groupes sociaux aux risques sanitaires environnementaux, celui-ci peut être modifié par leurs conditions socio-économiques.

En effet, l'étude de la variation du choléra dans la ville de Cotonou permet d'envisager, dans un premier temps, l'effet du milieu physique. Car ce sont les berges du lac et de la lagune qui enregistrent les incidences les plus fortes du choléra. Les cartes de la répartition spatiale de la maladie dans la ville de Cotonou en 2010, 2011 et 2013, que nous avons réalisées à partir des statistiques collectées dans le centre de santé d'Ayélawadjè, le montrent.

Carte 11 : Répartition des cas de choléra dans la ville de Cotonou en 2010



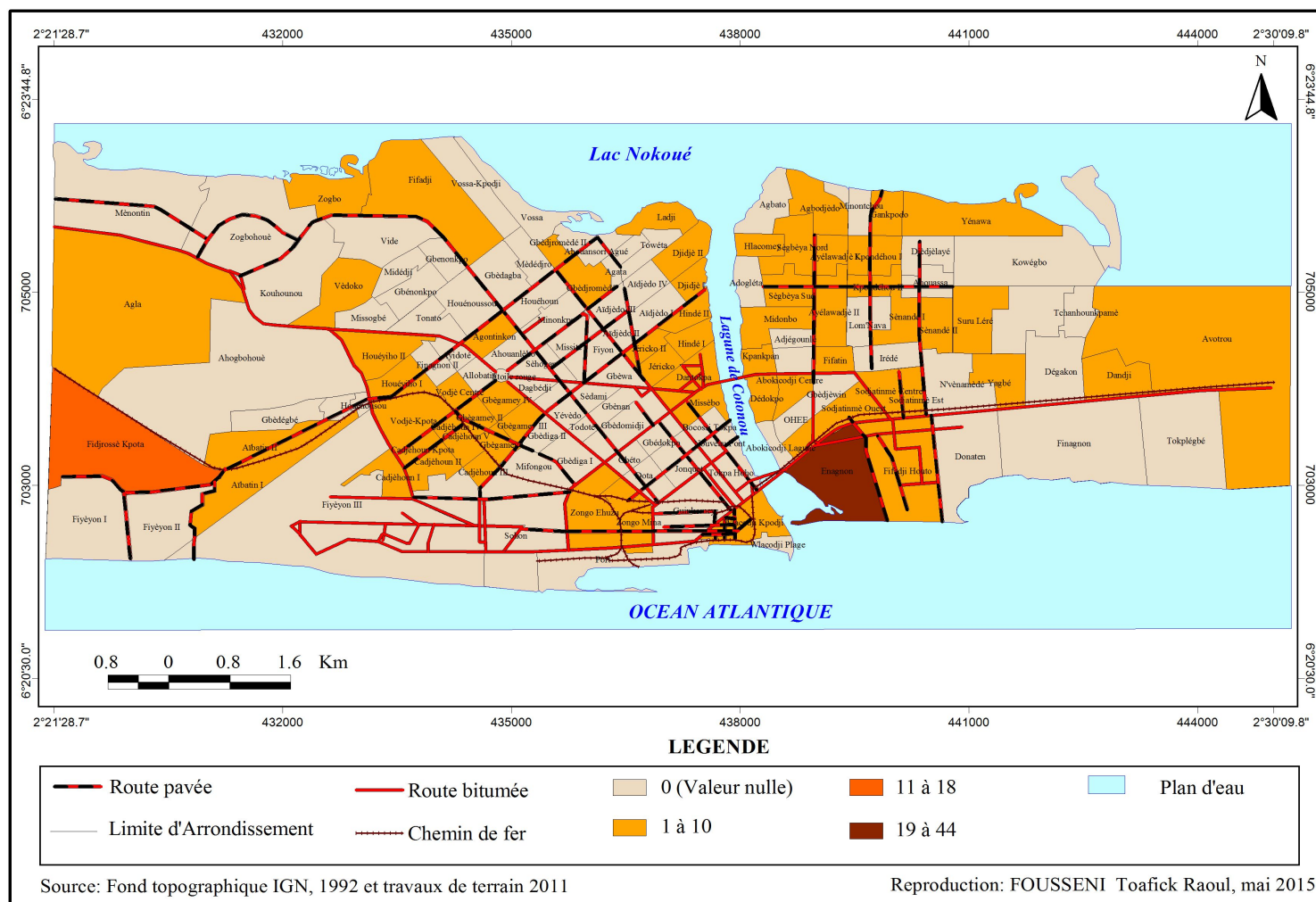
Cette carte montre la répartition par quartier du choléra dans la ville de Cotonou en 2010. La maladie a touché l'ensemble de la ville. Mais la lecture de cette carte permet de dégager deux sous-ensembles spatiaux atteints inégalement par le choléra : d'un côté, les quartiers situés à l'ouest de la lagune de Cotonou, et de l'autre ceux situés à l'est. Le sous-ensemble situé à l'est de la lagune concentre une majorité de quartiers touchés par le choléra. C'est également dans ce sous-ensemble que se situent les quartiers ayant enregistré les plus grands nombres de cas. C'est le cas, par exemple, d'Agbato, d'Agbodjèdo, d'Enagnon, etc., situés sur la berge lagunaire, qui ont enregistré respectivement 12, 16 et 44 malades cholériques.

L'hypothèse de l'effet du milieu physique sur l'incidence du choléra peut être également avancée en ce qui concerne le sous-ensemble à l'ouest de la lagune. Si le choléra y atteint moins de quartiers, la maladie s'étend vers le nord le long de la lagune et du lac Nokoué, tandis que la zone sud, s'étendant sur un sol en grande partie sablonneux, est globalement épargnée. Ce sont aussi des quartiers situés sur les berges du lac Nokoué et de la lagune qui ont enregistré les chiffres les plus élevés du sous-ensemble ouest. C'est le cas des quartiers Wlacodji et Aïdjèdo, dont le nombre de malades se situe entre 11 et 18. Des quartiers du centre ville, comme Gbégamey, Agontikon, Vèdoko, etc., constitués de sols hydromorphes par endroit, ont également enregistré des cas.

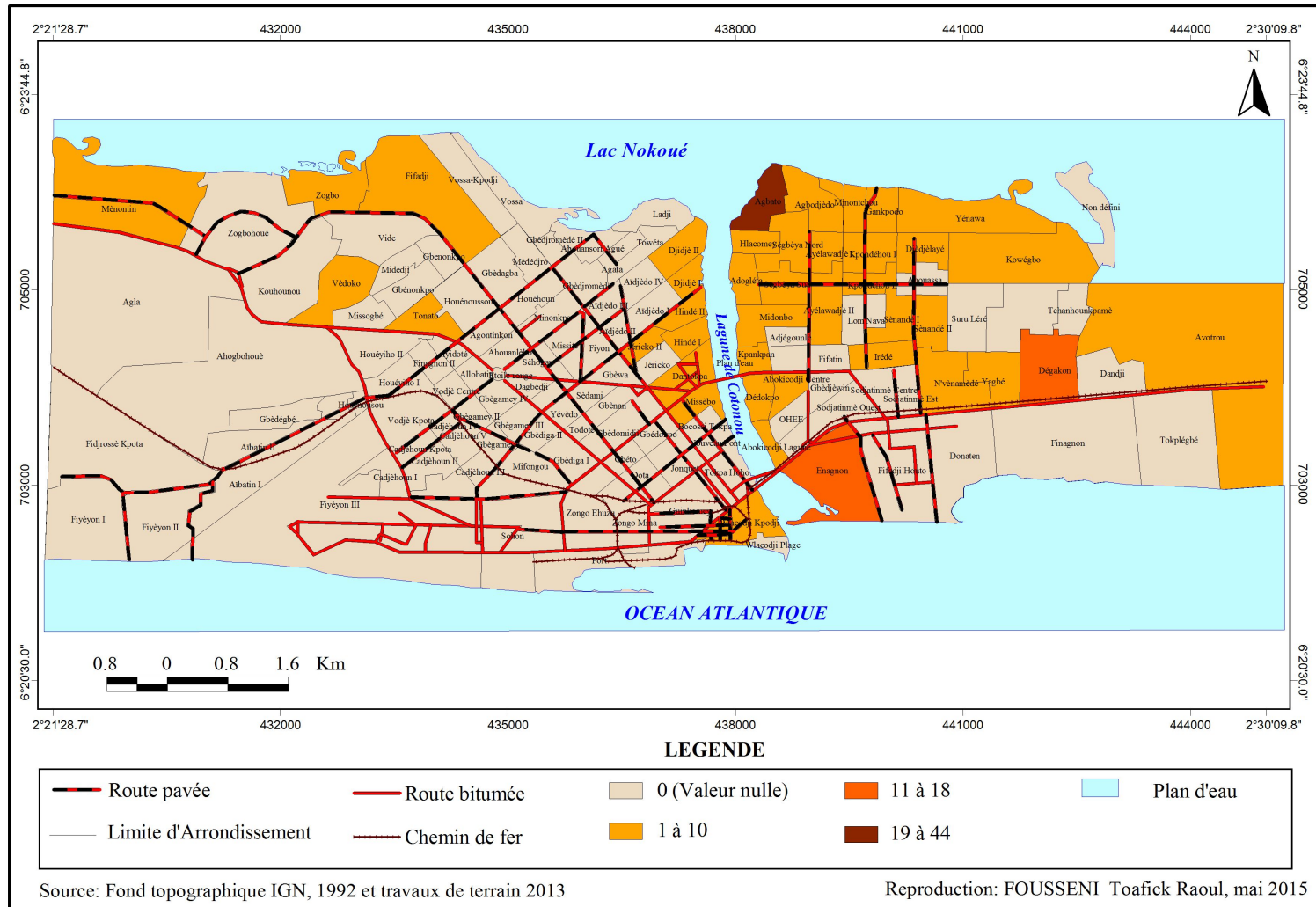
4.3 Préoccupations environnementales mineures chez les groupes sociaux défavorisés

La répartition inégale de la maladie du choléra sur la ville de Cotonou, avec une concentration dans la zone est de la lagune, peut être également observée au cours des années 2011 et 2013, comme le montrent les cartes suivantes :

Carte 12 : Répartition des cas de choléra dans la ville de Cotonou en 2011



Carte 13 : Répartition du choléra dans la ville de Cotonou en 2013



En 2011, si le choléra s'est concentré sur les zones riveraines du lac Nokoué au nord de Cotonou, et les quartiers de la berge de la lagune de Cotonou à l'est comme à l'ouest, il a eu un effet aussi marqué sur des quartiers du centre vers l'ouest de la ville. Aussi, la situation du choléra en 2013 dans la ville montre-t-elle une répartition semblable à celle de 2010, avec un effet plus marqué sur les quartiers riverains du lac Nokoué et de la lagune de Cotonou. On remarque, cependant, que les quartiers limités au sud par la plage de l'Océan Atlantique sont globalement épargnées.

On peut donc penser que l'effet du facteur environnemental est prépondérant dans la fréquence et l'incidence du choléra dans la ville de Cotonou, puisque la maladie s'exprime le plus le long du lac et de la lagune. Cela ne remet pas pour autant en cause les facteurs socio-économiques dans la mesure où, l'espace physique symbolisant l'espace social (Bourdieu, 1993), les berges lagunaires, impropres à l'habitation, seraient alors occupées en grande partie par les populations défavorisées. De plus, comme le montrent les cartes du choléra dans la ville, les quartiers situés sur les berges sont atteints de façon différentielle, alors qu'ils partagent le même environnement physique. Ceux de la berge ouest sont moins atteints que ceux situés dans le sous-ensemble est. Sur 45 quartiers que compte le sous-ensemble est, 27 quartiers ont enregistré des cas de choléra en 2010. Parmi les 27, 10 sont particulièrement touchés, et regroupent 72,24% (108 sur 149) des malades. Les tableaux ci-après montrent la répartition de ces malades dans les dix quartiers.

Tableau 25 : Proportion de malades cholériques dans les dix quartiers de la berge lagunaire est de Cotonou en 2010 et 2011

Quartiers	2010			2011		
	Effectif de la population	Nombre de cas de choléra	Incidence pour 1000 habitants	Effectif de la population	Nombre de cas de choléra	Incidence pour 1000 habitants
Abokicodji	5 891	1	0,17	6 085	2	0,33
Adogléta	7 132	3	0,42	7 366	0	0
Agbato	7 972	12	1,5	8 234	0	0
Agbodjèdo	6 393	16	2,5	6 603	5	0,75
Avotrou	16 223	7	0,43	16 756	3	0,18
Enagnon	15 291	44	2,87	15 793	31	1,96
Hlacoméy	1 924	9	4,67	1 988	2	1
Kpankpan	7 320	3	0,41	7 560	2	0,26
Midombo	7 112	8	1,12	7 346	3	0,41
Yénawa	9 911	5	0,5	10 236	1	0,09
Total	85 169	108	1,26	87 967	49	0,55

Source : Registres du centre de santé d'Ayélawadjè 2010 et 2011

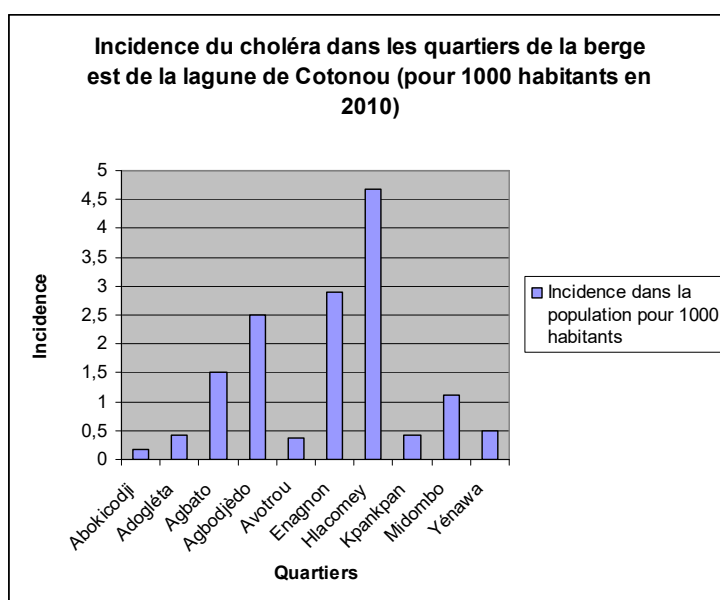
Tableau 26 : Proportion de malades cholériques dans les dix quartiers de la berge lagunaire est de Cotonou en 2013

Quartiers	2013			Incidence moyenne du choléra entre 2010 et 2013
	Effectif de la population	Nombre de cas de choléra	Incidence pour 1000 habitants	
Abokicodji	6 480	1	0,15	0,21
Adogléta	7 845	3	0,38	0,26
Agbato	8 769	22	2,51	1,33
Agbodjèdo	7 032	7	0,99	1,41
Avotrou	17 845	1	0,05	0,22
Enagnon	16 820	16	0,95	1,92
Hlacoméy	2 117	2	0,94	2,2
Kpankpan	8 051	4	0,49	0,38
Midombo	7 823	4	0,51	0,68
Yénawa	10901	6	0,55	0,38
Total	93 686	66	7,55	3,12

Source : Registres du centre de santé d'Ayélawadjè 2013

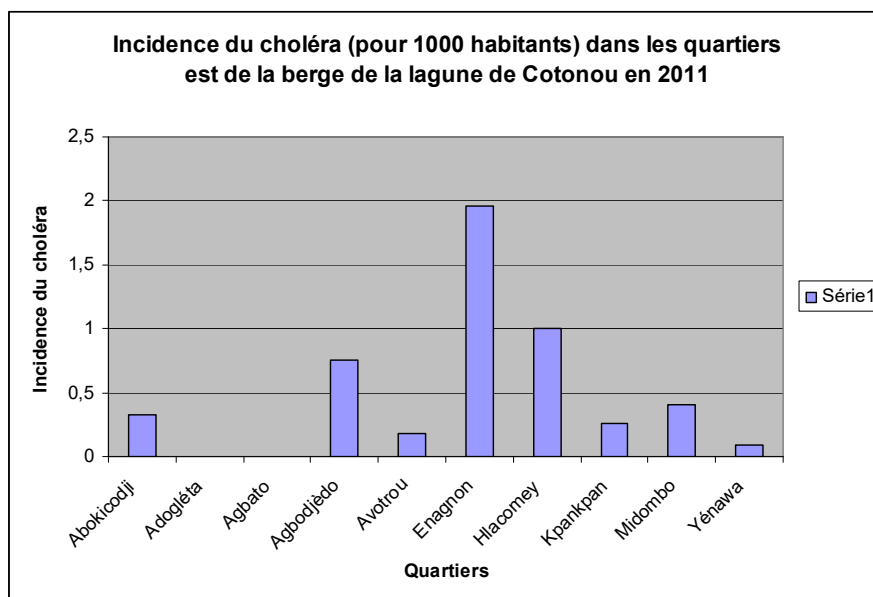
Par ailleurs, l'effet du choléra est différentiel entre les quartiers les plus touchés. C'est l'exemple avec Agbato, Enagnon, Hlacomey, Kpankpan, etc. dont l'incidence moyenne est respectivement de 1,33, 1,92, 2,2 et 0,38 pour 1000 habitants, alors que ces quartiers sont tous situés sur la berge lagunaire.

Graphique 4 : Incidence du choléra par quartier de la berge est de la lagune de Cotonou



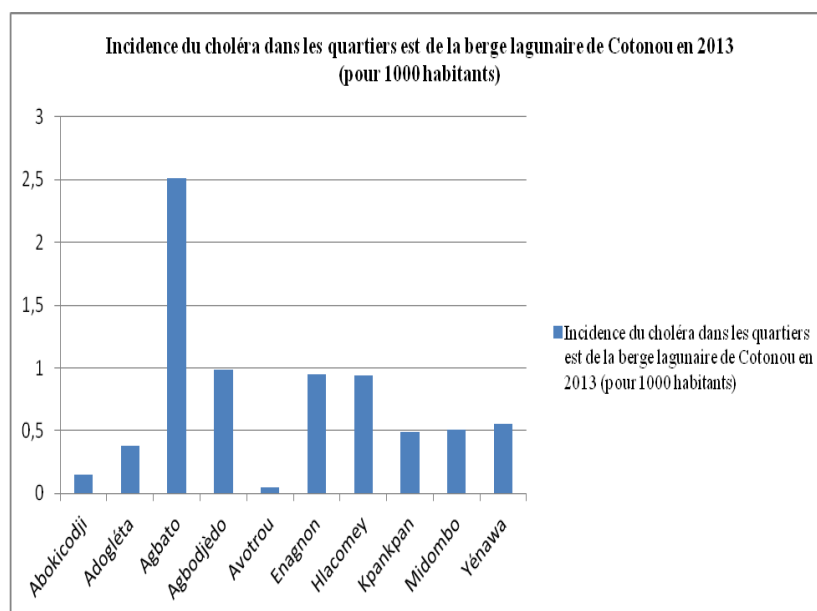
Réalisation : Fousséni, 2015

Graphique 5 : Incidence du choléra par quartier de la berge est de la lagune de Cotonou en 2011



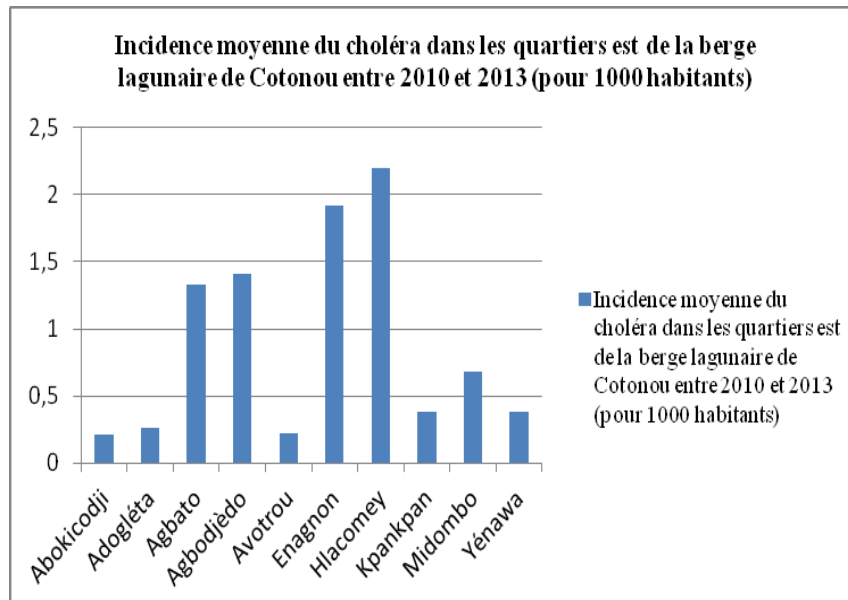
Réalisation : Fousséni, 2015

Graphique 6 : Incidence du choléra par quartier de la berge est de la lagune de Cotonou en 2013



Réalisation : Fousséni, 2015

Graphique 7 : Incidence moyenne du choléra par quartier de la berge est de la lagune de Cotonou entre 2010 et 2013



Réalisation : Fousséni, 2015

On peut distinguer trois groupes de quartiers en fonction de l'incidence moyenne du choléra sur la période 2010-2013. Le premier est constitué de 5 quartiers ayant enregistré une incidence inférieure à 0,5‰. On peut également ranger dans ce groupe le seul quartier dans lequel l'incidence du choléra est comprise entre 0,5 et 1‰. Ensuite, nous avons le second

groupe, constitué de deux quartiers, ayant enregistré des incidences comprises entre 1 et 1,5%. Enfin, le troisième groupe est composé de deux quartiers dans lesquels les incidences du choléra varient entre 1,5 et 2,5%.

Le seul facteur environnemental ne permet pas de comprendre la variation du choléra à l'échelle de la ville de Cotonou et des quartiers riverains des berges de la lagune et du lac Nokoué. Car, si l'analyse spatiale des risques sanitaires vise à décrire et expliquer les variations observées dans l'ampleur d'un phénomène de santé, elle ne met en lumière les caractéristiques des populations exposées, qui peuvent expliquer l'effet différentiel de la maladie (Besancenot, 2007, pp. 59-71). D'autres facteurs sont liés aux caractéristiques socio-économiques des populations touchées, qui interagissent avec le milieu physique, soit pour atténuer, soit pour amplifier l'effet du choléra. De plus, à l'échelle plus fine des quartiers, nous nous intéresserons aux pratiques sociales, qui peuvent expliquer l'effet différentiel du choléra sur des espaces géographiquement et socio-économiquement proches. Les pratiques sociales, résultant de facteurs socio-économiques, révèlent l'absence de préoccupations environnementales constituées et contribuent à la production de risques sanitaires liés à l'environnement.

L'échelle fine des quartiers permet aussi d'analyser les politiques publiques et leurs effets sur la protection de l'environnement. On peut alors se demander si l'effet de ces politiques n'est pas amenuisé par les conditions socio-économiques.

Conclusion du chapitre

L'étude géographique révèle une variation spatiale du choléra au Bénin. A l'échelle des départements, la maladie est concentrée dans trois départements du bassin côtier, arrosé par plusieurs fleuves et plans d'eau. Cet ancrage méridional de la maladie montre l'interaction complexe entre les facteurs écologiques, spatiaux et socio-économiques. Ce résultat permet d'envisager l'hypothèse selon laquelle les conditions socio-économiques dans lesquelles vivent les populations de la ville de Cotonou, qui est la plus touchée par le choléra parmi les six plus grandes villes du Bénin, contribuent à la dégradation de l'environnement urbain caractérisé par un écosystème aquatique. En variant l'échelle territoriale, cette hypothèse se fonde davantage à l'intérieur de la ville de Cotonou, où l'on peut envisager que la sensibilité des berges du lac Nokoué et de la lagune aux épidémies de choléra, témoigne de pratiques de groupes sociaux défavorisés qui ont une préoccupation mineure pour la protection de

l'environnement. De plus, la persistance et la récurrence de risques sanitaires d'origine environnementale tels que le choléra, dans la ville en général et dans les quartiers défavorisés en particulier, témoignent de l'inefficacité des politiques publiques. Celles-ci, parce qu'occultant les conditions socio-économiques dans lesquelles les risques environnementaux sont produits, ont des effets limités sur la protection de l'environnement. Le choléra révélerait alors les inégalités écologiques dans leurs quatre dimensions définies par Jacques Theys (2000) à savoir : l'exposition inégale des groupes sociaux aux nuisances environnementales, l'accès différencié aux ressources naturelles, l'inégalité d'accès aux aménités urbaines, et les capacités différentielles des acteurs à transformer leur cadre de vie. L'étude de cette hypothèse fait l'objet des prochains chapitres.

Chapitre 5

Des choix d'occupation de l'espace urbain porteurs d'inégalités écologiques à Cotonou

Les résultats du chapitre précédent suggèrent les limites d'une approche strictement spatiale du choléra, en ce sens que des quartiers de la ville de Cotonou partageant le même espace physique présentent des incidences inégales de la maladie. Dans ces conditions, il convient de prendre en compte les caractéristiques socio-économiques des espaces étudiés, car celles-ci contribuent également aux inégalités de santé (Leclerc *et al.*, 2000). Elles peuvent parfois intervenir dans les déterminants de la santé pour réduire ou amplifier l'effet des facteurs environnementaux, en ce qui concerne notamment les maladies respiratoires (Aschan-Leygonie *et al.*, 2014). Cette interaction traduit l'effet de lieu, car les facteurs environnementaux, socio-économiques et les politiques publiques peuvent déterminer des pratiques sociales (Rican, 2014), et produire ainsi l'exposition différentielle des groupes sociaux aux nuisances environnementales en lien avec le choléra, mettant ainsi à jour les inégalités écologiques. Toutefois, si la plupart des études sur les inégalités écologiques mettent l'accent sur la réception inégale des externalités environnementales, mise en avant par le mouvement américain de l'*environmental justice*, elles tendent à ignorer les acteurs et les processus qui président à leur production (Roman, 2011). Dans les pays africains en général et la ville de Cotonou en particulier, l'analyse du processus de production des nuisances environnementales permet de révéler le rôle des populations défavorisées et leur co-responsabilité avec les pouvoirs publics, ces derniers étant considérés, que ce soit dans le contexte américain ou européen, comme instigateurs des inégalités écologiques (Chaumel, La Branche, 2008).

Ce chapitre montre comment les choix d'occupation de l'espace urbain par les citoyens sont porteurs d'inégalités écologiques. Pour ce faire, nous allons montrer, par l'étude de la distribution socio-spatiale de la maladie dans la ville de Cotonou, comment les groupes sociaux s'exposent aux risques sanitaires environnementaux par l'occupation des espaces inconstructibles.

5.1 Une distribution périphérique de « l'extrême » pauvreté à Cotonou

Etudier le lien entre conditions socio-économiques et choléra revient à montrer, d'une part, que les populations pauvres sont les plus touchées par la maladie et, d'autre part, que les moins pauvres sont davantage épargnés. Ceci renvoie à la notion de pauvreté, avec des indicateurs bien précis. Sur ce plan, la définition sociologique classique de la pauvreté formulée par Georg Simmel ne correspond pas exactement au cas béninois.

En effet, le philosophe et sociologue allemand Georg Simmel a soulevé la question dès 1907, que reprend plus tard Serge Paugam (2005, p. 7), à savoir, « *à partir de quel critère essentiel une personne devient pauvre aux yeux de tous ?* ». Considéré comme un précurseur de la sociologie de la pauvreté, Georg Simmel définit les pauvres par l'assistance dont ils font ou auraient dû faire l'objet de la part de la société. Selon lui, « *ce n'est qu'à partir du moment où ils sont assistés, ou peut-être dès que leur situation globale aurait dû exiger assistance, bien qu'elle n'ait pas encore été donnée, qu'ils deviennent membres d'un groupe caractérisé par la pauvreté. Ce groupe ne demeure pas uni par l'interaction de ses membres, mais par l'attitude collective que la société, en tant que tout, adopte à son égard* » (Simmel, 1908, réédité en 1998, p. 98). Les pauvres sont des personnes qui proviennent de catégories socio-professionnelles diverses dans lesquelles ils occupent des positions variées, déterminées par leur état de pauvreté, mais appelées à changer en fonction de l'évolution de leur situation. Pour Simmel, ce qui détermine leur statut de membre du groupe des pauvres est l'assistance dont ils bénéficient de la part de la société. La pauvreté est donc une construction sociale. Elle ne constitue pas un objet sociologique en soi. C'est le lien social, au travers de l'assistance en tant qu'institution publique, qui intéresse le sociologue.

L'approche simmélienne de la pauvreté est mobilisée par plusieurs chercheurs dans le cadre d'études empiriques, de façon plus contemporaine. C'est notamment le cas, en France, de Serge Paugam (2005) dans ses différentes études sur les formes institutionnelles d'assistance aux pauvres et les expériences vécues par ces derniers, notamment ceux d'entre eux qui se situent au bas de l'échelle sociale. Serge Paugam s'est intéressé à étudier les « formes élémentaires de la pauvreté ». Pour lui, une « *forme élémentaire de la pauvreté correspond à un type de relation d'interdépendance entre une population désignée comme pauvre, en fonction de sa dépendance à l'égard des services sociaux, et le reste de la société* » (Paugam, 2005, p. 88). L'auteur met ici l'accent sur la relation d'interdépendance, c'est-à-dire, d'une part, le rapport de la société à l'égard des personnes considérées comme devant relever d'une assistance et, d'autre part, le rapport de ces derniers à l'égard de la société. Serge Paugam a élaboré une typologie des formes de pauvreté à partir de plusieurs études en Europe. L'auteur distingue la pauvreté marginale, la pauvreté disqualifiante et la pauvreté intégrée. La première correspond à la situation d'une petite frange de la population, encadrée par les institutions d'actions sociales. La pauvreté disqualifiante renvoie à la condition d'une frange de plus en plus nombreuse de la population, exclue de la sphère productive et dépendante elle aussi des institutions d'actions sociales. Mais la différence entre la pauvreté marginale et disqualifiante

ne semble pas très nette, dans la mesure où la dernière peut recouvrir la réalité sociale exprimée par la première. Elle prend en compte tous les groupes sociaux dépendants des institutions d'actions sociales. La dépendance à l'égard des institutions sociales est aussi révélatrice de l'exclusion de la sphère productive, qui aurait pu doter ces groupes sociaux de revenus suffisants, au point de ne pas nécessiter une assistance publique. Enfin, la pauvreté intégrée peut être rapprochée de la situation de la plupart des pays sous-développés, dont le Bénin. Selon l'auteur, cette forme de pauvreté renvoie à la condition sociale d'une grande partie de la population, où les pauvres forment un groupe social étendu et peu stigmatisé. Cette forme de pauvreté fait l'objet de débats organisés autour des questions du développement économique, social et culturel. Par ailleurs, l'idéal-type de la pauvreté intégrée est maintenu en raison de la faible couverture sociale, de l'inexistence de revenu minimum garanti. Enfin, les personnes pauvres bénéficient essentiellement d'assistance familiale et de la protection de leurs proches (Paugam, 2005, p. 89).

Pour le cas béninois, l'intérêt de la notion de pauvreté intégrée développée par Paugam peut être justifié par deux raisons essentielles. D'une part, cette forme de pauvreté concerne une grande partie de la population béninoise. Ainsi, fait-elle l'objet de programmes, souvent appuyés par des organisations internationales, visant à la combattre. Le pays dispose d'ailleurs d'un Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté (DSRP), qui, tout en posant le diagnostic sur les facteurs de la pauvreté au Bénin, propose des actions pour la réduire. Ces actions touchent tous les domaines de la vie sociale et économique, tels que l'éducation, la santé, l'emploi, les rapports de genre¹¹⁰, etc. D'autre part, les personnes démunies bénéficient essentiellement d'assistance familiale et de la protection de leurs proches, car l'assistance publique est peu développée. Il n'existe presque pas, au Bénin, d'institutions d'actions sociales et de données statistiques sur les personnes bénéficiant ou susceptibles de bénéficier de la solidarité collective. Il faut souligner tout de même que le ministère de la Famille, des Affaires Sociales, de la Solidarité Nationale, des Handicapés et des Personnes de Troisième Age (MFASSNHPTA) du Bénin mène des actions ponctuelles de soutien aux « *enfants vulnérables, personnes vivant avec le VIH, personnes handicapées, femmes et personnes de troisième âge* »¹¹¹. Les organisations caritatives viennent également en aide ponctuellement aux groupes défavorisés. Il ne s'agit donc pas toujours d'assistance personnalisée, telle que la conçoit Simmel. Même si elle l'est parfois, notamment dans les

¹¹⁰ Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP Bénin, 2003-2005).

¹¹¹ <http://famillebenin.org/>.

grands centres hospitaliers qui disposent d'un service social, l'aide est ponctuelle et accordée aux patients démunis, par exemple, dans le règlement des factures de soins de santé. L'assistance est également accordée aux personnes vivant avec le VIH sida (PVVIH). En plus de la prise en charge médicale gratuite, en ce qui concerne plus spécifiquement la distribution des anti-rétroviraux (ARV), les services sociaux offrent une assistance psycho-sociale. L'ONG RACINES¹¹², par exemple, a installé un centre de prise en charge des PVVIH dans la ville de Cotonou. Tous les malades bénéficient d'aides alimentaires, avec des paniers repas qui leur sont servis périodiquement. Mais, une fois encore, cette assistance est limitée à des cibles très particulières, qui ne sont pas représentatives des personnes pauvres de la ville de Cotonou. Il est donc difficile d'analyser la pauvreté à Cotonou par l'approche simmelienne de l'assistance. Comment définir et mesurer alors la pauvreté au Bénin, et particulièrement dans la ville de Cotonou ?

Au Bénin, l'Institut National des Statistiques et d'Analyse Economiques (INSAE) mesure la pauvreté à partir de deux approches. Il s'agit des approches monétaire et non monétaire. Si la notion de pauvreté monétaire est analysée suivant un seuil de dépense par individu, la notion de pauvreté non monétaire renvoie aux conditions de vie. Cette deuxième approche correspond le mieux à notre terrain, car elle prend en compte, d'une part, les indicateurs de santé socio-environnementale, et il existe, d'autre part, des études déclinées à l'échelle infra-urbaine de Cotonou.

En effet, la pauvreté monétaire et la pauvreté non monétaire sont étudiées au Bénin à l'occasion des Enquêtes Modulaires Intégrées sur les Conditions de Vie des ménages (EMICoV). Deux éditions d'EMICoV ont été réalisées en 2007 et 2011. Chaque édition est une enquête à quatre passages à intervalle de trois mois chacun avec un mois de repos, auprès de 18 000 ménages répartis sur l'ensemble du territoire national du Bénin. Une enquête de suivi a été également réalisée en 2010. Nous utilisons les résultats de la dernière édition, qui date de 2011.

La pauvreté monétaire est appréciée à partir du niveau de vie des ménages. Son indicateur est la dépense de consommation, et celle-ci est appréciée en termes absolus à partir d'un seuil national annuel. Le seuil de pauvreté monétaire est fixé au Bénin à 120 839 francs CFA – soit 184 euros environ – par individu en 2011 (INSAE, 2012). Une personne est donc dite pauvre

¹¹² C'est une association béninoise qui intervient dans les domaines de l'éducation et de la santé, notamment dans la prévention du Sida et la prise en charge de personnes séropositives. Pour mieux la découvrir, on peut consulter le site <http://www.ongracinesbenin.org/>.

dès lors que ses dépenses annuelles de consommation sont inférieures à ce seuil. C'est à partir de celui-ci que l'incidence de la pauvreté est calculée. En 2011, elle était de 36,2% au Bénin et de 25,9% pour la ville de Cotonou. Selon les conclusions de l'INSAE (2011, p. 6), le milieu rural était plus touché, avec une incidence de 39,7% contre 31,4% pour le milieu urbain.

Cependant, l'approche de la pauvreté monétaire, telle que définie par l'INSAE, appelle à la réserve. Car la définition d'un seul seuil de pauvreté au plan national ne tient pas compte des spécificités dans la consommation de chaque milieu. Cette méthode *« conduit en fait à surestimer la pauvreté dans les régions rurales dans lesquelles, les échanges marchands étant relativement réduits, le niveau de vie est moins dépendant de la détention de revenus monétaires »* (Minvielle, 2007, pp. 193-215). Les réalités économiques des villes devraient inciter les promoteurs de telles études à définir tout au moins deux seuils de pauvreté, l'un pour les milieux urbains et l'autre pour les milieux ruraux. Par ailleurs, la consommation prend en compte les dépenses alimentaires et non alimentaires. Au niveau des dépenses non alimentaires, on peut citer par exemple le loyer, dont le coût diffère d'une région à une autre, ou des frais de transport, qui sont certainement plus faibles en milieu rural, du fait de la réduction des distances parcourues. La variation des dépenses moyennes annuelles par individu entre les départements traduit les différences de niveau de vie. Par exemple, en 2011, on note une dépense moyenne annuelle de 587 671 francs CFA à Cotonou, alors qu'elle n'est que de 155 439 francs CFA dans le département de l'Alibori et de 331 567 francs CFA dans l'Ouémé (INSAE, 2012). Ainsi, le seuil unique de pauvreté monétaire défini au plan national ne peut-il pas refléter les spécificités de chaque espace territorial.

De plus, le seuil de pauvreté est défini par la dépense de consommation par individu. Cela voudrait dire que l'enquête n'a pas pris en compte les besoins des membres du ménage en fonction de leur âge. Par exemple, un enfant a-t-il les mêmes besoins qu'un adulte ? Cette approche ne permet donc pas d'appréhender correctement la pauvreté monétaire dans chaque région du Bénin, encore moins dans la ville de Cotonou. D'ailleurs, l'étude de la pauvreté monétaire est réalisée au niveau des départements et des communes. Il n'en existe pas, à notre connaissance, une déclinaison à l'échelle infra-urbaine pour Cotonou. Dans ces conditions, cette forme de pauvreté, conceptualisée en termes de dépense, n'apparaît pas rendre raison des pratiques du terrain étudié.

C'est en termes de conditions de vie que nous allons aborder la pauvreté. La pauvreté non monétaire, liée aux conditions de vie, est mesurée à partir d'un indice composite de niveau de

vie. Elle traduit l'ampleur des privations en termes de confort général du logement, de possession de biens durables et d'hygiène (INSAE, 2012). L'incidence de la pauvreté non monétaire est de 30,2% au Bénin, et de 20,7% à Cotonou, en 2011. Mais, une fois encore, l'étude de la pauvreté non monétaire, à l'occasion des EMICoV, n'est pas déclinée à l'échelle infra-urbaine, et ne permet pas d'appréhender finement sa répartition géographique dans la ville de Cotonou.

Pour résoudre cette difficulté, nous avons recouru à l'étude réalisée par la Direction de la Prospective et du Développement Municipal de la ville de Cotonou (DPDM-Cotonou). La DPDM a défini un certain nombre d'indicateurs pour mesurer la pauvreté associée aux conditions de vie dans les arrondissements de Cotonou. Les ménages sont regroupés en deux catégories. Il s'agit, d'un côté, des ménages pauvres vivant dans des conditions de vie précaires et, de l'autre, des ménages non pauvres ayant de meilleures conditions de vie. Au sein du groupe des ménages pauvres, le sous-groupe des plus pauvres a été défini. Selon la DPDM, les ménages « très pauvres » ou en situation « d'extrême pauvreté » sont définis comme vivant dans des habitations traditionnelles (toit en paille, sol et mur en terre), ne possédant pas de latrine, s'approvisionnant en eau de boisson à la rivière, jetant les eaux usées et les ordures ménagères dans la nature, utilisant le pétrole comme moyen d'éclairage, et comptant plus de deux personnes par pièce d'habitation (PDC Cotonou, 2008, p. 98). La notion d'« extrême pauvreté » traduit donc la situation d'un groupe social démuní, vivant dans la précarité et confronté à un accès quasi-inexistant aux biens et services sociaux de base.

A l'inverse, pour la même source, les ménages « riches » sont ceux qui s'approvisionnent en eau potable de la SONEB¹¹³, ont le toit de leur habitation en tôle, avec les murs en briques et le sol en ciment. L'électricité est le mode d'éclairage, le charbon de bois le mode de cuisson. Ces ménages possèdent une latrine à fosse ventilée ou une toilette à chasse d'eau ; ils jettent les eaux usées dans les caniveaux ou les fosses septiques, évacuent les ordures ménagères par les structures commises à cette tâche. Enfin, deux personnes au plus vivent par pièce.

Il faut souligner tout de même que certains indicateurs ne semblent pas toujours rendre compte des pratiques dans la ville de Cotonou. Par exemple, la caractérisation des ménages très pauvres par l'approvisionnement en eau de boisson à la rivière n'est guère fondée. Car, selon les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2002 (RGPH

¹¹³ Société Nationale des eaux du Bénin.

3), aucun ménage ne s'approvisionne en eau de boisson à la rivière dans la ville de Cotonou, même si 0,7% de la population de la ville utilise l'eau de puits protégés. Comme nous l'avons déjà mentionné, 98,2% des ménages de Cotonou ont accès à l'eau potable de la SONEB (INSAE, 2002). Aussi, n'existe-t-il pas de ménages appartenant exclusivement à l'un ou l'autre des deux groupes définis. Un ménage vivant dans une habitation dont le toit est en chaume ou autre matériau de récupération, avec le mur et le sol en terre, peut avoir l'électricité comme mode d'éclairage. C'est d'ailleurs le cas dans les quartiers défavorisés, où des personnes n'ayant pas les moyens de prendre un compteur électrique parviennent tout de même à se raccorder à celui du voisin, contre une redevance mensuelle négociée¹¹⁴. A l'issue de son étude, la DPDM a dû réajuster certains indicateurs pour mieux les adapter au profil des ménages. Par exemple, en établissant le profil des ménages, elle a mentionné que les ménages très pauvres « *s'approvisionnent en eau de boisson principalement à la lagune ou dans les bornes fontaines, ... le chef (de ce type de ménage) n'a aucun niveau d'instruction* » (DPDM, 2008, p. 100). On voit que l'indicateur relatif aux sources d'approvisionnement en eau de boisson a été modifié, et le niveau d'instruction du chef de ménage a été ajouté.

Cette étude de la DPDM a tout de même le mérite de spatialiser les ménages selon leurs conditions de vie dans la ville de Cotonou : les indicateurs définis prennent en considération l'exposition aux nuisances environnementales, telles que les eaux usées, les excréta, les déchets, et le niveau d'instruction, etc., qui peuvent rendre compte des inégalités écologiques.

Le tableau ci-après présente la répartition des ménages en « extrême » pauvreté par arrondissement dans la ville de Cotonou.

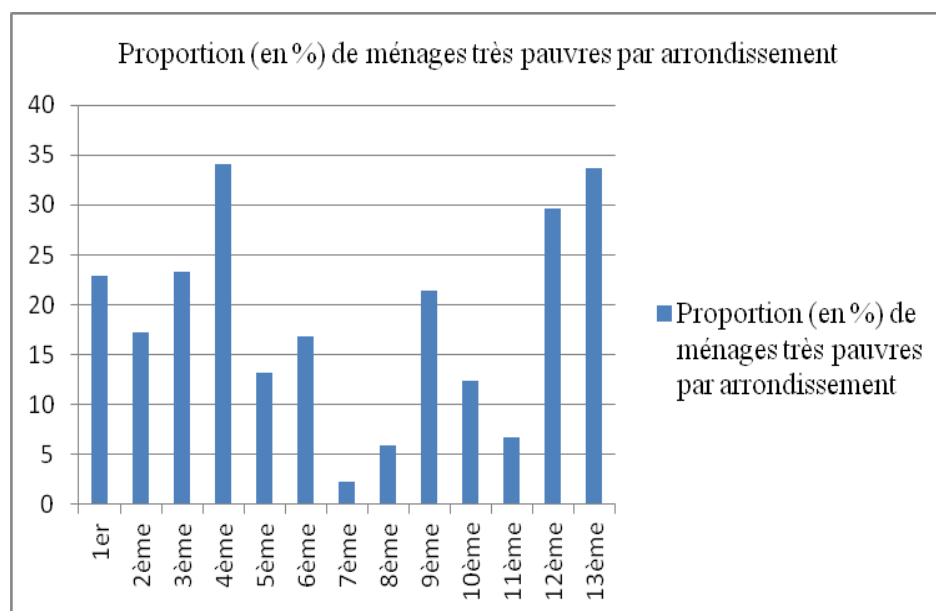
¹¹⁴ Enquête de terrain, 2012-2015.

Tableau 27 : L'« extrême » pauvreté dans les arrondissements de Cotonou

Arrondissements	Nombre total de ménages par arrondissement	Nombre de ménages très pauvres	Proportion en % dans chaque arrondissement	Proportion de ménages très pauvres par arrondissement par rapport à l'ensemble de la ville
1 ^{er}	12 176	2 785	22,87	9,02
2 ^e	12 734	2 200	17,27	7,12
3 ^e	13 368	3 121	23,34	10,11
4 ^e	8 938	3 046	34,08	9,86
5 ^e	7 762	1 021	13,15	3,3
6 ^e	16 637	2 805	16,86	9,08
7 ^e	8 410	189	2,24	0,61
8 ^e	9 231	550	5,96	1,78
9 ^e	14 718	3 152	21,41	3,84
10 ^e	9 535	1 186	12,44	3,84
11 ^e	8 142	542	6,65	1,75
12 ^e	18 172	5 385	29,63	17,44
13 ^e	14 523	4 892	33,69	15,84
Total	154 346	30 874	20,00	100

Source : PDC Cotonou, 2008¹¹⁵.

Graphique 8 : Situation de l'« extrême » pauvreté par arrondissement de Cotonou en 2008



Source : Fousséni, 2015

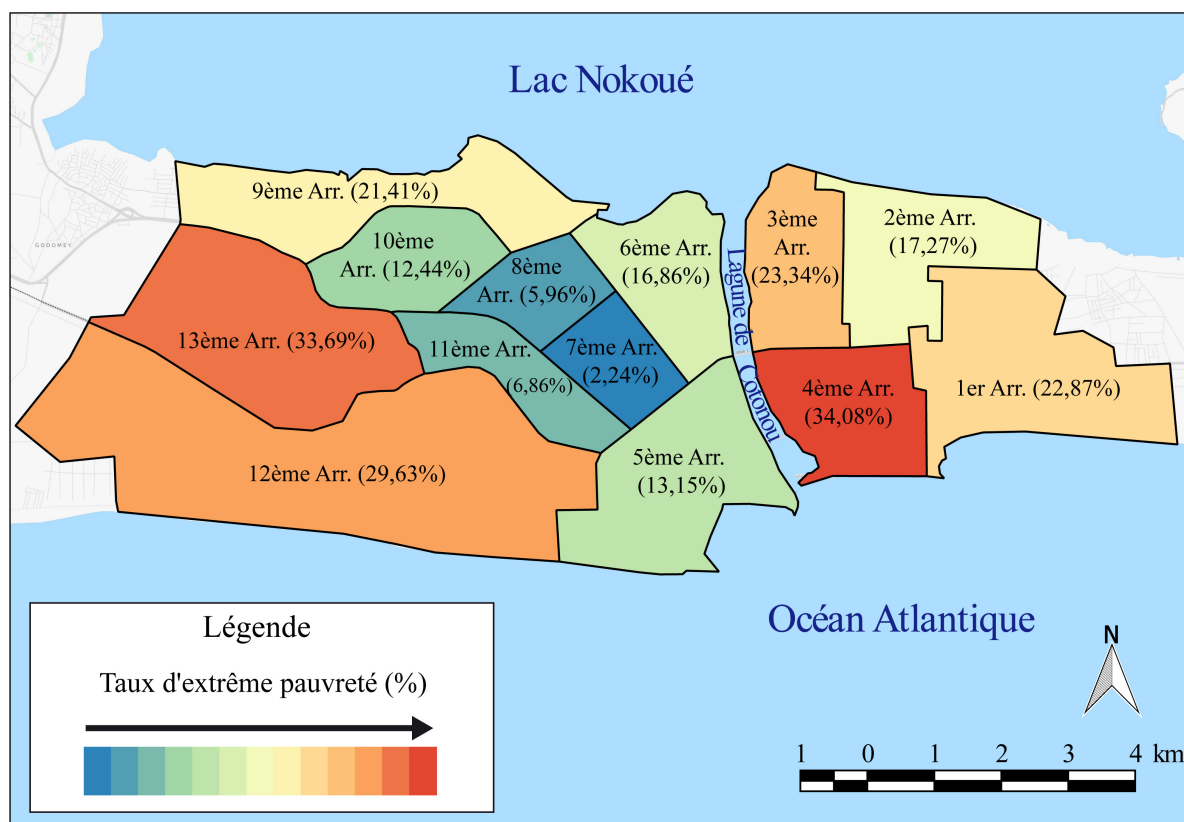
¹¹⁵ A partir des effectifs des ménages, nous avons calculé la proportion des ménages en « extrême » pauvreté par arrondissement.

On peut observer, dans ce tableau, que tous les arrondissements de la ville de Cotonou sont touchés par l'« extrême » pauvreté. La proportion de ménages dans cette situation est de 20% dans l'ensemble de la ville. Ce chiffre se rapproche de celui de 20,7%, issu des EMICoV de 2011. Toutefois, l'« extrême » pauvreté est inégalement répartie dans les arrondissements de Cotonou. Le quatrième arrondissement est le plus touché : 34,08% des ménages y sont en situation d'« extrême » pauvreté. Il est suivi du treizième arrondissement avec 33,69%, et du douzième arrondissement avec 29,63% de ménages. Le troisième arrondissement vient en quatrième position avec 23,34%. On peut aussi ajouter le premier et le neuvième arrondissement, dont respectivement 22,87% et 21,41% de ménages sont dans l'« extrême » pauvreté.

Les arrondissements situés en périphérie de la ville apparaissent *in fine* les plus touchés par l'« extrême » pauvreté. Il s'agit des troisième et quatrième arrondissements longeant la lagune de Cotonou du côté est, et débordant sur la berge du lac Nokoué au nord et sur la plage au sud. On peut citer également le douzième arrondissement situé au sud ouest, et s'étendant jusqu'au littoral, le treizième arrondissement situé à la périphérie ouest de la ville de Cotonou, le premier arrondissement situé dans la périphérie sud est de la ville, et enfin le neuvième arrondissement de Cotonou situé au nord ouest.

Carte 14 : Taux de pauvreté à Cotonou par arrondissement

Répartition de l'extrême pauvreté (%) par arrondissement dans la ville de Cotonou



Réalisation : Fousséni, 2016

A l'inverse, les arrondissements centraux de la ville abritent les plus faibles proportions des ménages les plus pauvres de la ville. Il s'agit des septième, huitième et onzième arrondissements dont respectivement 2,24%, 5,96% et 6,65% des ménages sont très pauvres. Ces trois arrondissements forment un noyau central au cœur de la ville de Cotonou.

La structure spatiale de la ville de Cotonou est donc marquée par une dichotomie centre/périphérie. Les pauvres sont exclus des aires centrales de la ville, et amenés à s'installer dans les arrondissements périphériques. Cette géographie de la pauvreté est sous-tendue par deux logiques urbaines : l'accessibilité au logement et l'exercice d'une activité économique.

Les arrondissements centraux constituent le principal pôle économique et administratif de la ville. Ils abritent, d'une part, la zone commerciale et d'entrepôt, d'une superficie de 126 ha, organisée autour des marchés Dantokpa et Ganhi. On y retrouve, d'autre part, la zone des grands équipements et centres de décision d'environ 647 ha. Il s'agit, entre autres, de la

Présidence de la République, de la quasi-totalité des départements ministériels, de la Cour Constitutionnelle, de la Haute Autorité de l'Audio-visuel et de la Communication (HAAC), du Conseil Economique et Social (CES), des représentations diplomatiques, du Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU), etc. (PDC Cotonou, 2008). Ces arrondissements sont caractérisés par une forte occupation spatiale et un renchérissement des coûts de l'immobilier. Ceci laisse peu de possibilités d'installation aux personnes démunies. Au contraire, les arrondissements périphériques offrent encore des disponibilités spatiales, avec les densités les plus faibles de la ville.

Tableau 28 : Comparaison des densités humaines (habitants/Km²) dans les arrondissements périphériques et centraux de Cotonou

Arrondissements périphériques		Arrondissements centraux	
1 ^{er}	5 796	7 ^e	13 767
3 ^e	11 665	8 ^e	16 210
4 ^e	7 271	10 ^e	12 909
9 ^e	8 370	11 ^e	11 626
12 ^e	9 792		
13 ^e	9 783		

Source : PDC Cotonou, 2008, réalisé par nous

Dans les arrondissements périphériques de Cotonou, il existe encore des espaces non lotis ou en cours de lotissement, auxquels peuvent accéder les populations démunies, et sur lesquels elles se construisent des habitats précaires. Ce type d'habitats se retrouve dans les quartiers longeant la mer, sur les berges du lac Nokoué et de la lagune de Cotonou (PDC Cotonou, 2008). L'installation des populations défavorisées dans l'espace urbain de Cotonou est donc fortement liée aux possibilités de résidence.

Par ailleurs, l'occupation de l'espace périphérique par les populations défavorisées dans la ville de Cotonou peut également traduire une logique économique. Celle-ci repose sur la possibilité qu'y trouvent les résidents de pouvoir exercer des activités économiques, notamment du secteur primaire. Par exemple, dans le 3^e arrondissement de Cotonou bordé par le lac Nokoué et la lagune de Cotonou, on retrouve majoritairement deux types de populations. D'une part, les autochtones qui y sont installés pour leurs activités de pêche et, d'autre part, des populations venues des milieux lacustres du département de l'Ouémé, et

spécialisées dans la commercialisation du sable lagunaire¹¹⁶. Dans les 12^e et 13^e arrondissements, la pêche et le maraîchage font partie des principales activités économiques¹¹⁷. La plupart des sites de maraîchage sont installés sur des réserves foncières non encore valorisées (Assogba-Miguel, 1999).

Photo 1 : Activité maraîchère dans le 12^e arrondissement de Cotonou



Culture maraîchère dans le 12^e arrondissement de Cotonou

Source : Fousséni, avril 2015

Les conditions socio-économiques apparaissent ainsi en lien avec l'occupation spatiale à Cotonou. Ce lien entre structure spatiale et structure sociale n'est pas propre à cette ville. Il est observable dans la plupart des villes actuelles, et renvoie à la ségrégation urbaine. Celle-ci désigne « *la répartition inégale des hommes et des activités dans l'espace urbain qui s'accompagne de discriminations sociales dans les domaines du logement, de la santé, de l'éducation, etc.* »¹¹⁸. La notion de ségrégation a été développée dans la littérature sociologique grâce notamment aux travaux nord-américains de l'Ecole de Chicago. En effet, c'est dans un ouvrage co-écrit avec Robert E. Park et Roderick D. Mackenzie, portant sur une

¹¹⁶ Enquête de terrain, juillet à août 2012.

¹¹⁷ Annuaire statistique de la zone sanitaire Cotonou 6, 2011.

¹¹⁸ Alpe yves *et al.*, *Lexique de sociologie*, Paris, Edition Dalloz, 2010, p. 297.

vision à la fois empirique et théorique de l'expansion de la ville de Chicago, qu'Ernest W. Burgess (1925) met en avant le modèle des aires concentriques. Selon ce modèle, l'expansion urbaine s'opère suivant un processus de distribution des populations suivant leurs statuts socio-économiques et ethniques, produisant un regroupement de profils homogènes à l'intérieur de quatre aires concentriques (Bacqué, Lévy, 2009). Ernest Burgess (1925) s'appuie sur deux schémas explicatifs pour décrire le fonctionnement des aires concentriques. Il s'agit, d'une part, de « la croissance de la ville » et, d'autre part, « des aires urbaines ». Selon le premier schéma, c'est-à-dire « la croissance de la ville », toute ville, quelque soit sa taille, a une tendance à s'étendre en rayonnant à partir de son centre d'affaires. Le second schéma présente la composition sociale de chaque aire. La première aire est la zone des *hobos* et constitue la *hobohemia* (contraction de *hobo* et *bohemia*) qui désigne le lieu de rencontre de la bohème artistique et des *hobos* aux Etats-Unis durant la seconde moitié du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle (Anderson, 1993, cité par Bacqué, Lévy, 2009, p. 307). La deuxième aire est celle dite de « détérioration » qui englobe les « bas quartiers » et les « mauvais lieux », en même temps qu'elle constitue le lieu d'accueil de « colonies d'immigrants ». La zone III est occupée par des ouvriers, qualifiés et aisés, de l'industrie. Elle constitue aussi une aire d'installation pour l'immigrant de la seconde génération. Cette zone est le lieu où s'établissent les familles fuyant les « bas quartiers » ou les ghettos de l'aire II. Enfin, l'aire IV est présentée comme la « terre promise », offrant une résidence plus confortable.

Ce modèle de l'École de Chicago analyse donc la ségrégation comme un processus de regroupements « naturels » par vagues successives et sur plusieurs générations, progressant vers le secteur le plus huppé au fur et à mesure de leur mobilité sociale, visant à atteindre « l'aire résidentielle » (Bacqué, Lévy, 2009, p. 309). Cette théorie a été reprise en France, notamment par les travaux de Maurice Halbwachs (1932), qui approfondit le schéma des « aires urbaines » d'Ernest Burgess par une représentation cartographique et statistique des communautés dans l'espace urbain des années 1930. Cependant, Maurice Halbwachs propose de remplacer dans le schéma les races ou les nationalités par les classes sociales hiérarchisées, dont certaines sont moins assimilables par la ville, car, selon lui, la question raciale recouvre une question sociale.

On peut donc retenir, à partir des travaux de l'École de Chicago et leur interprétation en France, que la ségrégation sociale est liée à l'origine ethnique ou raciale, à la classe sociale, à la catégorie socio-professionnelle, etc. Dans cette perspective, Catherine Selimanovski (2008, p. 134) a montré que les personnes paupérisées, c'est-à-dire les ménages bénéficiaires des

minima sociaux, en l'occurrence le RMI (revenu minimum d'insertion), résident plus souvent dans les espaces péri-centraux, avec l'exemple de la ville de Strasbourg en France. Selon l'auteur, ces personnes trouvent en zone péri-centrale des opportunités de résidence car les grands ensembles d'habitat collectif y sont installés. On retrouve dans cette analyse l'effet combiné du statut socio-économique et de l'opportunité résidentielle.

Même si le contexte français est différent de celui béninois, la géographie de la pauvreté à Cotonou est en lien avec le statut socio-économique et la disponibilité d'un espace occupable, comme on l'a vu avec les groupes ethniques autochtones et pêcheurs installés sur les berges lagunaires et d'autres populations paupérisées pratiquant le maraîchage en zone péri-urbaine. On comprend alors, avec Pierre Bourdieu, que *« la structure de l'espace social se manifeste ainsi, dans les contextes les plus divers, sous la forme d'oppositions spatiales, l'espace habité (ou approprié) fonctionnant comme une sorte de symbolisation spontanée de l'espace social »* (Bourdieu, 1993, p. 160).

5.2 Occupation spatiale et exposition différenciée aux nuisances environnementales dans la ville de Cotonou

Comparons à présent la géographie de la pauvreté dans la ville de Cotonou avec celle du choléra. Les données sur la pauvreté sont disponibles par arrondissement, alors que les statistiques sur le choléra sont déclinées par le ministère de la Santé au niveau des zones sanitaires. Il n'est pas aisé de comparer les arrondissements avec les zones sanitaires. La ville compte treize arrondissements et il n'existe que quatre zones sanitaires. De plus, les zones sanitaires sont une construction administrative, qui ne tient pas forcément compte des caractéristiques sociologiques. Par exemple, le onzième arrondissement, qui abrite seulement 6,6% de ménages en « extrême » pauvreté, compose la zone sanitaire Cotonou 6, conjointement avec les douzième et treizième arrondissements, ayant respectivement un taux d'« extrême » pauvreté de 29,63 et 33,69 % des ménages.

L'échelle des arrondissements apparaît donc pertinente pour mieux étudier le lien entre conditions socio-économiques et choléra. Nous avons procédé à un regroupement des quartiers avec les cas de choléra par arrondissement, à partir des statistiques collectées dans le centre de santé d'Ayélawadjè. Par ailleurs, nous avons estimé l'effectif de la population de chaque arrondissement, en 2010 et 2011, à partir des données du RGPH 3 de 2002. Nous avons appliqué un taux d'accroissement annuel de 3,2%¹¹⁹. Soient N l'effectif de la

¹¹⁹ Ce chiffre constitue le taux d'accroissement annuel moyen du Bénin.

population de chaque arrondissement en 2002, et N1.....N9, l'effectif de 2003 à 2011, $N1=N+(N \times 3,2\%)$; donc l'effectif de chaque arrondissement en 2010 a été obtenu par la formule $N8=N7+(N7 \times 3,2\%)$.

Tableau 29 : Incidence du choléra (pour 10 000 habitants) par arrondissement de Cotonou en 2010

Arrondissements	Nombre de cas	Effectif population en 2010	Incidence pour 10 000 habitants
1 ^{er}	15	71 293	2,10
2 ^e	22	69 100	3,18
3 ^e	64	76 976	8,31
4 ^e	50	50 192	9,96
5 ^e	29	42 282	6,86
6 ^e	53	91 456	5,79
7 ^e	1	46 520	0,21
8 ^e	2	48 415	0,41
9 ^e	10	79 234	1,26
10 ^e	3	53 787	0,55
11 ^e	21	46 598	4,50
12 ^e	17	98 059	1,73
13 ^e	11	81 790	1,34
Total	298	855 702	3,48

Source: Fousséni, 2015

Tableau 30 : Incidence du choléra (pour 10 000 habitants) par arrondissement de Cotonou en 2011

Arrondissements	Nombre de cas	Effectif population en 2011	Incidence pour 10 000 habitants
1 ^{er}	6	73 575	0,81
2 ^e	5	71 311	0,70
3 ^e	19	79 439	2,39
4 ^e	36	51 798	6,95
5 ^e	8	43 635	1,83
6 ^e	21	94 383	2,22
7 ^e	1	48 009	0,21
8 ^e	1	49 964	0,20
9 ^e	3	81 769	0,36
10 ^e	2	55 508	0,36
11 ^e	6	48 089	1,24
12 ^e	18	101 197	1,78
13 ^e	3	84 407	0,35
Total	129	883 084	1,46

Source: Fousséni, 2015

Tableau 31 : Incidence du choléra (pour 10 000 habitants) par arrondissement de Cotonou en 2013

Arrondissements	Nombre de cas	Effectif population en 2013	Incidence pour 1000 habitants
1 ^{er}	8	57 962	1,38
2 ^e	21	61 668	3,40
3 ^e	46	69 991	6,57
4 ^e	22	36357	6,05
5 ^e	4	20 039	1,99
6 ^e	8	75 336	1,06
7 ^e	0	27 535	0
8 ^e	0	32 420	0
9 ^e	2	57 691	0,34
10 ^e	1	38 728	0,26
11 ^e	0	34 879	0
12 ^e	0	97 920	0
13 ^e	0	68 486	0
Total	112	679 012	1,65

Source : Fousséni, 2015

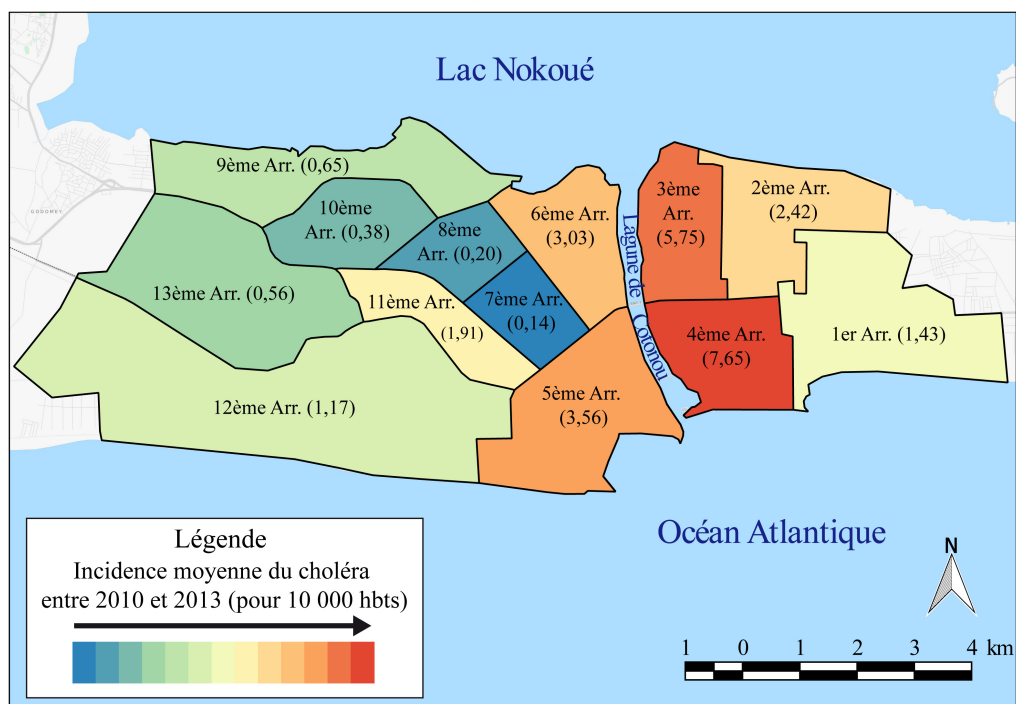
Tableau 32 : Incidence moyenne du choléra par arrondissement de Cotonou (pour 10 000 habitants) entre 2010 et 2013

Arrondissements	Incidence 2010	Incidence 2011	Incidence 2013	Incidence moyenne entre 2010 et 2013
1 ^{er}	2,1	0,81	1,38	1,43
2 ^e	3,18	0,7	3,4	2,42
3 ^e	8,31	2,39	6,57	5,75
4 ^e	9,96	6,95	6,05	7,65
5 ^e	6,86	1,83	1,99	3,56
6 ^e	5,79	2,24	1,06	3,03
7 ^e	0,21	0,21	0	0,14
8 ^e	0,41	0,2	0	0,20
9 ^e	1,26	0,36	0,34	0,65
10 ^e	0,55	0,36	0,25	0,38
11 ^e	4,5	1,24	0	1,91
12 ^e	1,73	1,78	0	1,17
13 ^e	1,34	0,35	0	0,56
Total	3,48	1,46	1,65	2,19

Source: Fousséni, 2015

Carte 15 : Incidence du choléra par arrondissement dans la ville de Cotonou

Répartition de l'incidence du choléra par arrondissement dans la ville de Cotonou



Source : Fousséni, 2016

La distribution du choléra dans l'ensemble de la ville de Cotonou traduit une exposition des citoyens à des risques environnementaux générés par l'occupation de l'espace et la pollution par des déchets solides, excréta et eaux usées.

En effet, la ville connaît des inondations régulières chaque année pendant les deux saisons de pluie (avril à juillet et septembre à novembre). Les populations se déplacent dans l'eau, à motocyclette, en voiture et même à pied. Isidore Tokpa fait observer dans un article publié dans *MEDIAF* qu'en « plein mois de juin 2010 toute la ville est inondée, les écoles, les administrations sont submergées¹²⁰ ». Serge Félix N'Piénikoua parle, quant à lui, de « ville naufragée¹²¹ ».

La récurrence des inondations dans la ville de Cotonou est aggravée par l'occupation mal contrôlée de l'espace urbain par les populations. Des quartiers sont érigés dans des zones inondables, marécages et bas-fonds, qui constituent l'exutoire de l'eau. Dans ces conditions,

¹²⁰ Tokpa Isidore « Inondation à Cotonou : à quoi jouent le maire et son adjoint », publié dans *MEDIAF* du 10 juin 2010, consulté le 7 août 2015.

¹²¹ N'Piénikoua Serge Félix, « Cotonou, ville naufragée », publié dans *Courrier International* le 28 octobre 2010.

l'eau est détournée de sa trajectoire et inonde les rues et les maisons¹²². En saison de pluie, les habitations ainsi construites sont inondées. Cela entraîne le déplacement des populations. Certaines d'entre elles, ne pouvant se loger nulle part ailleurs, continuent à vivre dans des habitations inondées. Cette situation s'observe, de façon plus prononcée, dans des quartiers tels que Vossa, Vodjè, Djidjè, Ste Cécile, etc. situés sur la berge nord ouest de la lagune, dans le 6^e arrondissement, et à Agla¹²³ dans le 13^e arrondissement, etc.

Des collecteurs construits pour faciliter l'écoulement des eaux de pluie sont également engorgés à certains endroits de la ville. Cela empêche ou ralentit le ruissellement de l'eau, qui stagne dans les rues, prenant parfois une couleur verdâtre favorable au développement des germes pathogènes. Un conseiller du bureau de la représentation nationale de l'OMS fait les mêmes observations sur les causes anthropiques des inondations. *« C'est de l'eau partout, sinon tu es là un jour et l'eau vient te voir parce qu'on est allé construire dans son exutoire naturel. Comme elle doit avoir de la place aussi, elle se déverse sur nous. C'est ce que nous vivons. Tous les jours on lotit des endroits qui sont là où reste l'eau habituellement, on construit, on ferme les bas-fonds, et on pense qu'on est en train de bien faire »*¹²⁴. Ces propos sont d'ailleurs confirmés par le directeur des services techniques de la mairie de Cotonou, selon lequel les inondations s'expliquent également par le fait que les populations jettent *« les ordures partout, même dans les collecteurs, empêchant ainsi la circulation libre des eaux. Ces eaux qui se créent des passages elles-mêmes pour se retrouver sur les voies et des maisons »*¹²⁵.

¹²² Plan de développement communal de Cotonou (PDC), 2008, p. 71.

¹²³ Ibrahim Falola, « Inondation à Cotonou : un fléau évitable », publié dans *Nouvelles mutations* du 15 avril 2014, consulté le 7 août 2015.

¹²⁴ Propos d'un conseiller de l'OMS Bénin, recueillis par entretien le 12 juillet 2012.

¹²⁵ Propos du Directeur des services techniques (Dst) de la mairie de Cotonou, lors d'un entretien télévisé du dimanche 11 mai 2014, à la télévision Canal 3 Bénin.

Photo 2 : Inondation à Cotonou en 2008



Habitations inondées dans le quartier
Minontchou de Cotonou



Rue inondée dans la ville de Cotonou

Source: PDC Cotonou, 2008, p.68 ; <http://news.acotonou.com/p/1604.html>

Photo 3 : Collecteur d'eaux engorgé au quartier Minontchou à Cotonou



Source : PDC Cotonou, 2008, p. 56

Cependant, les inondations ne sont pas la seule cause de l'insalubrité de la ville de Cotonou. Celle-ci est également favorisée par les déchets, les eaux usées et les excréta déversés dans l'environnement urbain. En effet, selon l'enquête démographique et de santé de 2011-2012, 56,2% des populations urbaines déversent les ordures ménagères dans l'environnement. Nous ne disposons pas spécifiquement des statistiques concernant la ville de Cotonou. Mais ces chiffres avancés pour le milieu urbain sont aussi indicatifs par rapport à cette problématique à Cotonou. Des tas d'ordures se retrouvent aux coins des rues, sur les trottoirs et partout dans la

ville. Des dépotoirs sont également constitués dans des quartiers, et les ordures déversées dans les collecteurs d'eau¹²⁶.

Par ailleurs, une frange importante de la population de la ville de Cotonou n'a pas accès aux ouvrages d'assainissement des eaux usées et des excréta. D'après les résultats de l'enquête démographique et de santé de 2006 (EDS III), 72,7% des ménages de la ville déversent les eaux usées dans leur cadre de vie. Cette proportion dépasse la moyenne du milieu urbain (65%) à l'échelle nationale.

Tableau 33 : Répartition des ménages selon le système d'évacuation des eaux usées utilisé en 2006

Type d'ouvrage	Cotonou	Milieu urbain (ensemble du Bénin)
Egouts fermés	4,2	1,1
Egouts à ciel ouvert	3,1	2
Fosse septique	7,3	0,3
Autre	12,7	29,1
Dans l'environnement	72,7	65

Source : EDSBIII, cité par SGSI/DPP/MS, 2010, p. 71.

Le pourcentage des personnes déversant les eaux usées dans les fosses septiques construites dans l'espace domestique à Cotonou est de 7,3% en 2006. La construction de ces fosses nécessite un investissement financier important, qui n'est pas à la portée de tous. De plus, il est difficile de construire des ouvrages d'assainissement adéquats, notamment dans les quartiers les plus défavorisés, bâtis sur des sites marécageux et inondables. Dans ces conditions, les eaux usées sont déversées dans la rue.

L'évacuation des excréta est aussi problématique dans la ville. 13,4% des ménages de Cotonou ne disposent pas de toilettes. Leurs membres défèquent dans l'environnement, c'est-à-dire dans les parcelles vides, les habitations en ruine ou abandonnées et aux abords des rues, ou enfin sur les dépotoirs d'ordures (observation de terrain, juillet 2012). 27,8% de la population utilisent des fosses rudimentaires pour l'évacuation des excréta dans l'espace domestique. Ces fosses ne garantissent pas toujours une bonne hygiène.

¹²⁶ Propos du directeur technique de la mairie de Cotonou lors d'une émission télévisée, consultée sur www.youtube.com/watch?v=0I-JvxZOj5k le 8 novembre 2014. Ce même constat est fait par Gilles Gnimadi, « Insalubrité : la ville de Cotonou ressemble à une poubelle », publié dans le Journal *Adjinakou*, du 24 mai 2011, consulté le 4 novembre 2014 sur www.beninsite.net.

Même des quartiers de la ville comme Gbégamey, Houéyiho, Vodjè, etc., situés dans le 11^e arrondissement, qui comporte 6,86% de ménages en « extrême pauvreté », sont touchés par l'insalubrité et ont enregistré des cas de choléra. La *Presse du Jour* y a d'ailleurs consacré un article : en plus de l'ensablement, l'auteur de l'article dénonce le fait que des ordures s'amoncellent aux abords des rues¹²⁷ dans ces trois quartiers.

Si l'insalubrité touche une grande partie de la ville de Cotonou, on s'aperçoit, plus finement, que la répartition différentielle du choléra traduit une exposition inégale aux nuisances environnementales, elles-mêmes liées aux inégalités socio-économiques. La variable spatiale influence fortement les facteurs socio-économiques et l'occupation spatiale devient un facteur d'inégalités écologiques.

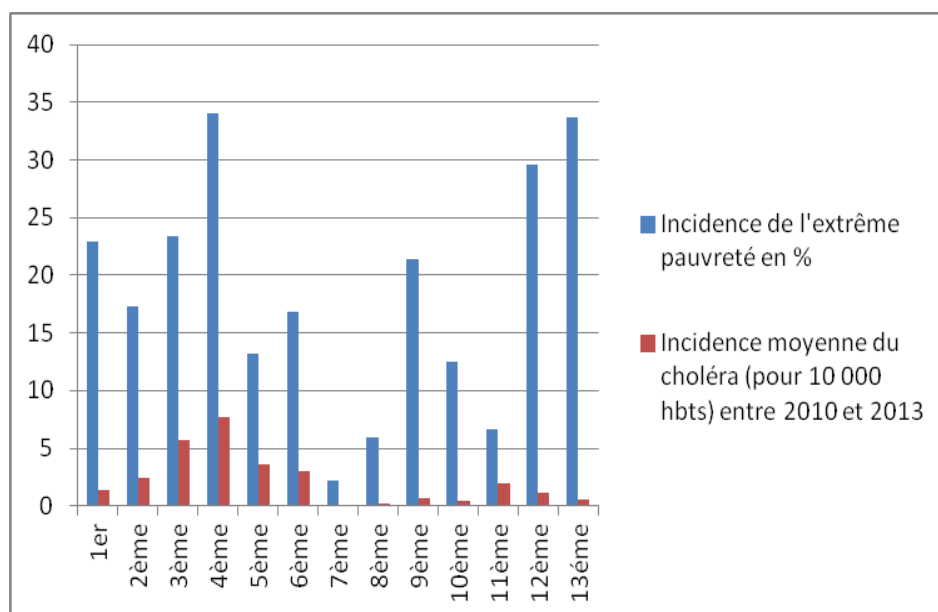
Tableau 34 : Comparaison des incidences de « l'extrême pauvreté » et du choléra par arrondissement de Cotonou

Arrondissements	Incidence de l'extrême pauvreté en %	Incidence moyenne du choléra (pour 10 000 habitants) entre 2010 et 2013
1 ^{er}	22,87	1,43
2 ^e	17,27	2,42
3 ^e	23,34	5,75
4 ^e	34,08	7,65
5 ^e	13,15	3,56
6 ^e	16,86	3,03
7 ^e	2,24	0,14
8 ^e	5,96	0,2
9 ^e	21,41	0,65
10 ^e	12,44	0,38
11 ^e	6,65	1,91
12 ^e	29,63	1,17
13 ^e	33,69	0,56
Total	20,00	2,19

Source : PDC Cotonou, 2008 ; Registres de soin du centre de santé d'Ayélawadjè (2010 à 2013).

¹²⁷ Olphyz Koundé, « Ensablement des rues de Cotonou : Un coup de salubrité s'impose de Vodjè à Gbégamey », publié dans *La Presse du Jour* le 2 juillet 2013, consulté sur <http://www.lapressedujour.net/archives/26253>

Graphique 9 : Incidences de l'extrême pauvreté et du choléra par arrondissement de Cotonou



Source : Fousséni, 2015

Les résultats ci-dessus montrent que les caractéristiques socio-économiques jouent un rôle dans les inégalités écologiques. En effet, les arrondissements les moins touchés par l'« extrême » pauvreté (7^e et 8^e) sont quasiment épargnés par le choléra. Ceci traduit leur faible exposition aux nuisances environnementales en lien avec la maladie. A l'inverse, les arrondissements les plus touchés par la maladie (3^e et 4^e) comportent en leur sein des proportions élevées de ménages très pauvres.

Cependant, l'incidence du choléra ne suit pas le gradient socio-économique. En effet, des arrondissements faisant partie des plus pauvres de la ville ont enregistré des incidences moyennes très faibles du choléra. On peut citer en exemple les 1^{er}, 12^e et 13^e arrondissements, qui, ayant une proportion respective de 22,87%, 29,63% et 33,69% de ménages en situation d'« extrême » pauvreté, ont enregistré respectivement 1,43, 1,17 et 0,56 malades cholériques pour 10 000 habitants entre 2010 et 2013. A l'inverse, des arrondissements moins pauvres ont enregistré de fortes incidences. Il s'agit des 2^e, 5^e, 6^e arrondissements, avec une proportion respective de ménages très pauvres de 17,27%, 13,15% et 16,86%, ont enregistré des incidences du choléra variant entre 2,42 et 3,56 pour 10 000 habitants.

Par contre, on note une forte relation ternaire entre le milieu, le niveau socio-économique et le choléra. A exposition égale au milieu lacustre, le choléra suit le gradient socio-économique. C'est le cas avec les 3^e, 4^e, 5^e et 6^e arrondissements. Situés tous sur la berge lagunaire, les

arrondissements les plus touchés par l'extrême pauvreté enregistrent les incidences les plus fortes (3^e et 4^e arrondissements) et, inversement, les arrondissements les moins touchés par l'« extrême » pauvreté sont relativement épargnés.

Les inégalités écologiques ne sont donc pas toujours le reflet des inégalités sociales. La plus grande exposition aux nuisances et risques environnementaux, en lien notamment avec le choléra, ne peut donc pas être expliquée par le seul statut socio-économique. Elle met aussi en jeu le milieu, qui peut influencer l'effet de la variable socio-économique. Les populations installées à proximité des berges lagunaires sont plus exposées aux nuisances environnementales, même si elles ont des profils socio-économiques favorables. Le rôle du lieu d'habitation dans les inégalités écologiques, porté par des mécanismes décisionnels liés à la typologie des zones d'habitation a été aussi montré dans la ville de Ouagadougou (Tallet, Sorry, 2012). En effet, les deux auteurs signalent que les centres de collecte de déchets, ainsi que les décharges les plus importantes, sont situés dans les quartiers réguliers, habités par les classes moyennes, alors que les zones irrégulières, occupées par des populations défavorisées, en sont épargnées. Ces choix d'aménagement urbain reposent sur la non reconnaissance des quartiers irréguliers par les pouvoirs publics et la volonté de ceux-ci d'installer les équipements urbains sur des espaces ayant fait l'objet de lotissement.

Tout comme au niveau des arrondissements, les caractéristiques socio-économiques paraissent peu clivantes à l'échelle des quartiers. En l'absence de données chiffrées, une approche monographique, visant à mettre en exergue la composition sociale et les caractéristiques de l'habitat dans les quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan, peut rendre compte des conditions socio-économiques observées entre ces trois quartiers.

Les caractéristiques socio-économiques de ces quartiers se comprennent par leur épaisseur historique, et l'on ne peut saisir leur fonctionnement actuel et leur vulnérabilité au choléra sans un détour socio-historique. Situés sur les rivages de l'Océan Atlantique, de la lagune de Cotonou et du lac Nokoué, les trois quartiers ont été créés par des pêcheurs originaires du Mono, une région du sud ouest du Bénin.

Le quartier Agbato est situé à l'ouest du lac Nokoué, dans le 3^e arrondissement de Cotonou. Sa toponymie est composée du préfixe « Agba » et du suffixe « To » ; « Agba » signifie en langue locale **“tonneau”**, et « to » puits. D'où Agbato signifie « puits construit avec un tonneau ». L'histoire du quartier remonte à la période des guerres tribales qui ont marqué le sud ouest du Bénin au XIX^e siècle. Des populations de pêcheurs appartenant au groupe socio-

linguistique Xwla, originaire du sud ouest du Bénin, ont fui les combats et se sont réfugiées sur la lagune de Cotonou et le lac Nokoué. Elles y ont érigé des habitations sur pilotis. De ces habitats sur pilotis, les Xwla allaient s'approvisionner en eau dans un puits creusé et protégé par un tonneau coupé sur la berge du lac. La présence de ce puits a incité les populations lacustres à s'installer dans ce quartier, qui est devenu Agbato. Les groupes ethniques majoritaires sont les Toffins, spécialisés dans la pêche aux crustacés et aux poissons carpes, qu'on retrouve dans les eaux douces de la lagune et du lac¹²⁸. Ceci explique l'implantation du quartier au bord des deux cours d'eau. La pêche y est, d'ailleurs, l'activité économique dominante.

On y retrouve également d'autres groupes ethniques qui sont venus s'installer dans ce quartier plus tard. Il s'agit des Gouns et des Yoruba provenant du sud est du Bénin, et de façon marginale, des Fons originaires de la région du centre du pays. Ces groupes ethniques exercent dans les secteurs de l'artisanat et du commerce. La position du quartier au bord du lac Nokoué favorise la contrebande de produits pétroliers en provenance du Nigéria. Les produits sont transportés dans les barques motorisées par voie fluviale. Agbato est donc un quartier de pêcheurs, dans lequel les activités économiques gravitent autour du lac Nokoué, et du marché Dantokpa.

Le quartier Enagnon est également né de la pêche. C'est un ancien campement de pêcheurs qui est devenu un quartier de ville. L'histoire de ce quartier remonte au début du XX^e siècle, vers les années 1905¹²⁹. Sa toponymie, Akpakpa dodomè, en deux mots, renvoie bien à son lien originel avec les points d'eau. « Akpakpa » en langue locale goun¹³⁰ signifie à « côté du pont », puis « Dodomè », « dans la descente », « dans le bas-fond ». D'où Akpakpa Dodomè veut dire « à côté du pont dans le bas-fond ». En effet, ce quartier du 4^e arrondissement de Cotonou est situé au sud est de la lagune de Cotonou, à l'est de l'ancien pont¹³¹, et bordé au sud par l'Océan Atlantique. Le quartier aurait été créé par les Abikou Abidjobi, les Tognon, appartenant aux groupes socio-linguistiques Xwla et Xwéda, venus de Grand-Popo, au sud ouest du Bénin. Ces premiers groupes occupant le quartier étaient des pêcheurs à la recherche d'eau poissonneuse. Ils traversaient la lagune pour s'installer du côté est, puis faisaient

¹²⁸ Ce récit est le résultat du recoupement des entretiens avec le chef et quelques personnes ressources de ce quartier.

¹²⁹ L'histoire du quartier Enagnon nous a été racontée par le chef de ce quartier, qui en est autochtone. Sa version est corroborée par l'historien Dossa-Sotindjo, spécialiste de Cotonou dans ses propos recueillis et publiés par Delphine Bousquet, « Bénin : la colère des «squatteurs» de la lagune de Cotonou refoulés vers l'océan », dans *SlateAfrique*, consulté sur www.slateafrique.com le 14 novembre 2014

¹³⁰ Langue locale parlée au sud est du Bénin dans le département de l'Ouémé.

¹³¹ Il s'agit du premier pont construit sur la lagune de Cotonou. Aujourd'hui on en compte trois.

allumer des feux dans la cocoteraie qui entourait le plan d'eau. Ils faisaient également de la culture maraîchère. Les premiers venus auraient par la suite fait appel aux membres de leur famille. Pratique saisonnière pour raison de pêche au départ, l'installation des pêcheurs Xwla et Xwéda a été définitive avec la construction du wharf de Cotonou, dont ces populations de pêcheurs étaient les premiers travailleurs. Ils acheminaient les marchandises par les barques de la mer jusqu'au large. Leur aptitude à la pratique de la pêche en haute mer et au transport par barque avait fait d'eux les premiers collaborateurs des Blancs pendant la période coloniale dans l'exploitation du wharf. Ces populations venues de Popo se retrouvent aussi dans le quartier Xwlacodji, situé juste sur l'autre rivage en face d'Enagnon. Selon Sébastien Dossa-Sotindjo, historien spécialiste de Cotonou, « *les colons français, qui avaient établi des maisons de commerce à Koutonou¹³², sont allés les chercher pour transporter les hommes et les marchandises dans des pirogues car la côte était houleuse, les bateaux devaient rester au loin. Habitué à aller en mer, ils étaient canotiers* »¹³³.

Ensuite, d'autres groupes ethniques sont arrivés dans ce quartier à la faveur de l'installation de deux sociétés d'Etat, ayant eu besoin de la main d'œuvre, l'abattoir et l'Oversis. En effet, l'abattoir a attiré des populations de la région de l'Ouémé, au sud-est du Bénin. Les bouchers qui y travaillaient étaient majoritairement des Gouns. Leur travail consistait à abattre et à vendre bœufs, moutons, et porcs. L'installation de l'abattoir au bord de la lagune permettait d'y déverser directement les effluents, ce qui a contribué au développement de la pêche dans cette zone et à la pollution des eaux de la lagune. Les effluents ainsi déversés attiraient les poissons, qui venaient s'y alimenter.

En plus de l'abattoir, l'Oversis était spécialisée dans la fabrication de liqueurs, en l'occurrence le « Gin Royal », et utilisait la main d'œuvre locale pour le nettoyage des bouteilles. D'autres groupes ethniques, tous nationaux, tels que les Aizo, les Fons étaient venus s'adjoindre aux Xwéda et Xwla, déjà présents sur place. Les groupes extra-nationaux sont arrivés bien plus tard, en provenance du Niger, du Ghana, du Nigeria, du Togo, du Tchad, etc. Il y existe plusieurs générations de Ghanéens et de Nigériens, les premiers étant des pêcheurs en haute mer et les seconds des commerçants.

Le banditisme s'était également installé dans ce quartier, connu pour abriter des délinquants qui commettaient des actes répréhensibles à l'échelle de la ville. Ce banditisme était lié au

¹³² Ancien nom de Cotonou.

¹³³ Propos recueillis par Delphine Bousquet, « Bénin : la colère des «squatteurs» de la lagune de Cotonou refoulés vers l'océan », publié dans *SlateAfrique*, consulté sur www.slateafrique.com le 14 novembre 2014.

rôle, de ce quartier, d'accueil de populations diverses mal contrôlées par les autorités et par les structures traditionnelles. Akpakpa Dodomè évoquait la peur au point que les sages du quartier ont dû changer la dénomination : il est devenu Enagnon, c'est-à-dire « espoir » en langue locale goungbé. « ... *Aujourd'hui c'est devenu Enagnon, parce que vous savez, entre temps, c'était un coin un peu très obscur, il y avait la brousse, il y avait un genre d'épines qu'on appelle Aglanti, un quartier qui regorge de personnes mal intentionnées, de personnes qui, auparavant, ne faisaient que des agressions, on les payait peut être pour ça, ils commettaient des crimes, ils se réfugiaient dans ces épines, où il y avait le lac et la mer, ils sont dedans là, on ne les voyait pas. Voilà, et c'est dans le noir, il y a les épines qui, ces épines là, c'était plus facile à être saisies, ils avaient une technique là de foutre la main dans le sac et d'arracher leurs racines, ils n'avaient pas besoin de vous faire peur, de vous faire partir, (rire) voilà* »¹³⁴. Cette renommée de lieu d'abri pour les délinquants n'a toutefois pas disparu et des actes de délinquance y ont toujours cours¹³⁵.

Enfin, le quartier Kpankpan a été fondé au même moment que celui d'Agbato. Des populations Xwla, ayant fui les combats tribaux dans le département du Mono actuel, s'y sont installées. Selon le chef du quartier, l'afflux de populations était tellement massif que l'espace ne suffisait pas pour les abriter. Le quartier était densément peuplé. C'est de cette densité qu'est née sa dénomination : Kpankpan signifie « très serré ». Ce nom vient du verbe « ékpan dokpo » en langue locale, qu'on peut traduire approximativement par « s'agglutiner ». Pour atténuer cette densité, une grande partie de ces populations a été déplacée vers le sud, toujours du côté est de la lagune, pour donner naissance à d'autres quartiers tels que Midombo et Dédokpo. Dans le quartier Kpankpan, on trouve également des Toffins, des Gouns, et des étrangers comme des Nigériens, etc.

Si ces populations en exil ont choisi le bord des cours d'eau pour s'installer, c'est parce qu'il s'agit de pêcheurs. Les Xwla et les Xwéda du quartier Enagnon se sont installés sur les rivages de l'Océan Atlantique car ils sont spécialisés dans la pêche maritime. Par contre, les Toffins, retrouvés à Kpankpan et Agbato, sont des pêcheurs de crustacés et des carpes des eaux douces du lac et de la lagune.

¹³⁴ Propos du chef de ce quartier lors d'un entretien le 3 juillet 2012.

¹³⁵ Selon Herbert Hounnibo, dans l'article intitulé « Akpakpa-Dodomè : Aller plus loin », paru dans *la Presse du jour* le 20 mai 2010, le quartier Enagnon est connu pour le vol et les actes criminels. Nous avons été également confronté à cette réalité au cours de notre enquête de terrain, quand nous étions obligé de contourner certaines rues réputées dangereuses, ou quand nous surprenions des jeunes qui se droguaient.

Ces trois quartiers continuent de recevoir des migrants en provenance des milieux ruraux béninois, et d'autres pays de la sous-région. Ceux-ci choisissent de s'installer dans des quartiers défavorisés, occupant des logements de piètre qualité et à moindre coût. Ce sont aussi des quartiers dont les caractéristiques économiques, sociales et culturelles correspondent mieux à leur statut et dans lesquels ils peuvent mieux s'intégrer et être tolérés (Wirth, 1980, p. 292). Provenant pour la plupart des milieux ruraux, les populations migrantes de ces quartiers ont des profils socio-économiques similaires aux autochtones. Elles sont dans l'ensemble peu scolarisées et exercent des activités dans le secteur informel. Les échanges avec des jeunes nigériens rencontrés à Enagnon ont montré que ceux-ci proviennent des milieux agricoles nigériens. Ils quittent le Niger pendant la saison sèche, pour exercer dans le petit commerce à Cotonou. Ils retournent dans leur pays au début de la saison pluvieuse pour mettre en route leurs activités agricoles, fonctionnant ainsi entre un « ailleurs » rural et un « ici » urbain.

Le peuplement des trois quartiers se fait *via* des réseaux d'amis et de parents déjà sur place. Par le biais de ceux-ci, les nouveaux citadins intègrent l'un de ces quartiers et se font héberger pour quelque temps, avant d'avoir leur propre logement. C'est cet afflux incessant de migrants pauvres qui contribue à densifier davantage les quartiers défavorisés par l'érection de nouveaux habitats. Cette situation n'est pas spécifique aux quartiers Enagnon, Agbato et Kpankpan. Elle est commune à l'ensemble des quartiers défavorisés de Cotonou en général et de la berge lagunaire en particulier, du fait de sa position au cœur de la ville et à proximité du marché Dantokpa. Ce marché est situé sur la rive ouest de la lagune, en face du quartier Kpankpan. D'ailleurs, en plus de la pêche, les activités économiques les plus courantes dans ces quartiers tournent autour du petit commerce et de l'artisanat. Les produits halieutiques issus de la pêche lagunaire ou maritime, les produits alimentaires locaux, les friperies, etc., sont vendus notamment au marché Dantokpa. Des résidents du quartier Kpankpan, en l'occurrence les femmes, passent de ce quartier au marché, d'une rive à l'autre, à l'aide de pirogues. Ce mode de transport permet une traversée plus rapide de la lagune, et coûte 50 Fcfa¹³⁶, soit trois fois moins cher que le transport en taxi ou en taxi-moto, communément appelé Zémidjan.

¹³⁶ Environ 8 centièmes d'euro. Il s'agit du tarif pratiqué en 2013.

Photo 4 : Des femmes revenant du marché Dantokpa dans une pirogue à Kpankpan



Source : Fousséni, enquête de terrain, 2013

Cette analyse de la composition sociale des trois quartiers montre que les pêcheurs Xwla et Xwéda, originaires du sud est du Bénin, y sont majoritaires. D'autres groupes ethniques nationaux et extra-nationaux sont venus s'adjoindre aux autochtones. Les étrangers sont majoritairement installés dans le quartier Enagnon. Les propos du chef de ce quartier ont mis l'accent sur leur forte présence, notamment ceux venus des pays de la sous-région ouest africaine : « ... *Les étrangers ne sont jamais enregistrés... donc s'il faut compter les Ghanéens, les Nigériens, les Togolais, les Burkinabè, les Sierra Léonais, certains viennent, d'autres se retournent, les Nigériens surtout, les Nigériens, les Nigériens, les Nigériens, surtout les Nigériens aujourd'hui et les Nigériens, c'est trop* »¹³⁷. On s'aperçoit, dans cet extrait, que le chef du quartier insiste sur les Nigériens. Cela traduit la présence très marquée de cette communauté. Ces derniers sont pour la plupart des vendeurs ambulants de friperies. Ils achètent des vêtements et des chaussures usagées venues de France, déchargés au port autonome de Cotonou. Une fois dans le quartier, ils les remettent en état pour les revendre ensuite dans la ville.

C'est ce mélange de groupes socio-ethniques d'origine nationale et extra-nationale, avec tout de même une prédominance des autochtones, qui caractérise le quartier Enagnon, et distingue sa composition sociale de celles des autres. Cependant, ces quartiers ne sont pas si homogènes du point de vue socio-économique car des profils variés coexistent. Dans un contexte d'absence de données statistiques, les caractéristiques de l'habitat peuvent être un indicateur

¹³⁷ Propos recueillis par entretien lors des enquêtes de terrain en juillet 2012.

du profil socio-économique des ménages (Kobiané, 1998). En s'inspirant de l'étude réalisée dans la ville de Ouagadougou au Burkina Faso par Jean-François Kobiané, on peut hiérarchiser le profil socio-économique des trois quartiers par l'analyse des caractéristiques de l'habitat. En reprenant la typologie élaborée par l'auteur, trois types d'habitats peuvent être considérés : l'habitat moderne, l'habitat semi-moderne et l'habitat précaire. L'habitat moderne, est une construction dont les murs sont faits en matériaux solides (béton, pierres et parpaings), le sol est carrelé, équipée de robinets propres d'eau potable, raccordée en électricité, disposant de toilettes avec chasse d'eau et dotée de poubelle pour l'évacuation des déchets. L'habitat sémi-moderne, quant à lui, est fait avec des murs en béton, en pierres ou en parpaings, mais dont le sol, à la différence des habitats modernes, est en ciment, et destiné à la plupart du temps à la location. Les occupants y partagent des latrines à fosse et les douches sans conduite d'eau. Les ménages s'approvisionnent en eau potable à l'extérieur de leur domicile, même s'ils disposent d'électricité. Enfin, l'habitat précaire est de type traditionnel, construit en banco et coiffé de chaume ou de branches de palme, dont le sol est fait en ciment ou en terre battue. Ce type d'habitat, qu'on retrouve plus souvent dans les parties irrégulières des quartiers, ne dispose pas de latrines, et les occupants défèquent dans l'environnement.

Le premier type est érigé par la catégorie des « riches », le second appartient aux « pauvres » et le dernier aux « plus pauvres ». En fonction de la prédominance d'un type d'habitat dans l'un ou l'autre de ces quartiers, on peut lui attribuer les statuts de riche, de pauvre et de très pauvre. Toutefois, ces catégories sociales ne sont pas exclusives spatialement les unes des autres : elles se retrouvent toutes dans chacun des trois quartiers. La typologie établie vise à mettre en avant, tendanciellement, la ou les catégorie(s) les plus dominante(s) dans chaque quartier.

L'habitat moderne se retrouve dans les quartiers défavorisés. Le foncier fait, de plus en plus, l'objet de spéculation dans la ville de Cotonou. Des ménages propriétaires de parcelles dans les parties régulières des quartiers défavorisés, ne disposant pas de moyens financiers pour les mettre en valeur, les revendent à des acteurs plus nantis (Kobiané, 1998, p. 118). Même s'il s'agit de quartiers défavorisés, le foncier y coûte tout de même cher : il faut compter, selon les résidents, une dizaine de millions de francs CFA¹³⁸ pour acquérir une parcelle de 400 à 500 m². Une forme de gentrification¹³⁹ s'opère avec de nouveaux habitats en béton, souvent en

¹³⁸ Environ 15 245 euros, selon les propos du chef du quartier Adogleta, situé au sud d'Agbato.

¹³⁹ Ce terme doit être entendu comme l'emménagement des classes moyennes et aisées dans des quartiers défavorisés, ici les quartiers de la berge lagunaire de Cotonou. La gentrification se traduit ici par la présence

plusieurs étages. Toutes les commodités s'y trouvent, de l'eau potable à la latrine avec chasse d'eau et l'électricité. Le sol et même souvent le mur sont carrelés. Ces immeubles de haut standing sont habités par des propriétaires qui disposent aussi de voitures individuelles. Ils servent également comme siège d'entreprises ou magasin de stockage, ou enfin d'hôtel. Ce type d'habitat est érigé dans la partie lotie des ces quartiers. Mais il en existe aussi dans la partie des quartiers sur laquelle l'installation humaine est interdite, notamment à Agbato.

Photo 5 : Habitat moderne côtoyant une pancarte d'interdiction d'installation dans le quartier Kpankpan



Source : Fousséni, 2013

On aperçoit sur la photo à droite un immeuble à étages qui appartiendrait, selon les habitants du quartier, à une personnalité politique très influente qui a été ministre d'État au Bénin pendant plusieurs années. Mais une telle information est difficile à vérifier. L'immeuble est construit en dehors des limites administratives du quartier, alors que la pancarte porte un message très clair : « Domaine public réservé. Interdit à toute occupation ».

Le quartier Kpankpan abrite beaucoup plus d'habitats modernes que les deux autres, ce qui semble faire de lui le mieux placé d'un point de vue socio-économique. La répartition spatiale de ces habitats, installés pour la plupart sur les parties loties des quartiers, montre aussi que les habitants les plus riches se sont approprié les espaces physiques les plus valorisés.

d'immeubles de haut standing aux côtés des baraques et autres constructions précaires. Pour approfondir cette notion, on peut consulter utilement la thèse de Anne Clervalt (2008).

L'habitat semi-moderne côtoie le moderne dans les trois quartiers. Il s'agit d'un habitat dont les murs sont faits en béton, pierres et parpaings, et coiffés de feuilles de tôle ; le sol est en ciment. Ils comportent plusieurs appartements d'une ou plusieurs pièces. Ils sont occupés par les propriétaires, mais aussi par des locataires. Ils disposent de latrines communes à l'usage des occupants, à l'échelle de la parcelle, et d'éclairage à l'électricité. Ce type d'habitat est plus courant dans le quartier Kpankpan : l'habitat semi-moderne y existe non seulement dans la partie lotie, mais également dans celle non lotie. On retrouve ce même type de logement dans les parties loties du quartier Enagnon, avec cette même commodité. On peut y observer par endroit des puits de fortune creusés dans la cour de ces habitats. L'habitat semi-moderne se retrouve également à Agbato, en nombre très limité par rapport aux deux autres quartiers. Les latrines y sont d'ailleurs plus rares.

Ce type d'habitat est occupé par la catégorie de populations que nous avons appelée pauvres. On voit, à travers leur distribution spatiale que les pauvres côtoient les riches dans les quartiers défavorisés et partagent le même espace physique.

Enfin, l'habitat précaire est très présent dans les quartiers défavorisés des rivages de l'Océan Atlantique, de la lagune de Cotonou et du lac Nokoué. Il s'agit de baraques construites avec du bois, des branches de palme, des tôles usagées et autres matériaux de récupération. Le sol est rarement en ciment, mais en terre battue ou en sable. Les douches sont dépourvues d'alimentation en eau. L'habitat précaire est caractérisé par une structure faite de matériaux de récupération, et surtout par l'inexistence d'équipements socio-sanitaires tels que l'eau potable et les latrines. Ce type d'habitat se retrouve dans les trois quartiers, avec une ampleur différente. A Kpankpan, on le repère sur la partie non lotie du quartier sur la berge de la lagune, dans une moindre mesure sur la partie lotie.

A Enagnon, l'habitat précaire occupe la petite portion de la berge lagunaire, au niveau de l'embouchure, et s'étend sur toute la plage du quartier. C'est le terme « bidonville » qui correspond le mieux à un tel espace construit et densément peuplé, c'est-à-dire « *un lieu d'habitat humain qui se caractérise par un surpeuplement, des logements informels ou de piètre qualité, un accès insuffisant ou inexistant à l'eau potable, un manque d'hygiène et une insécurité quant à la conservation de la jouissance de son domicile* » (Davis, 2006, p. 27). C'est le cas de cet espace illégalement occupé dans le quartier Enagnon. Les bidonvilles peuvent constituer un danger physique en soi car ils sont parfois érigés sur des flancs de montagne, dans des marécages ou encore sur des terres basses régulièrement inondées

(Bangui, 2011). La plage d'Enagnon présente un vaste ensemble d'habitations construites les unes contre les autres. Une rue est réservée pour séparer chaque lot. Les habitations sont construites avec une ossature en bois, recouvertes de pailles ou de branches de palme. On retrouve par endroit des murs en ciment coiffés de feuilles de tôle. C'est une zone non équipée en ouvrages sanitaires officiels. Il n'y existe pas de service d'eau potable, ni de ramassage d'ordures.

Enfin, l'habitat précaire est dominant à Agbato. On le retrouve dans tout le quartier, aussi bien dans la partie lotie que dans celle non lotie. Il caractérise tout le quartier, et est même parfois sur pilotis au-dessus du lac.

Photo 6 : Habitat précaire dans les quartiers Enagnon et Agbato



Habitat précaire à Enagnon ; Habitat précaire sur pilotis à Agbato

Source : Fousséni, 2013

Si les populations très pauvres se retrouvent sur les parties non loties, la plage et la berge lagunaire dans les quartiers Kpankpan et Enagnon, elles sont éparpillées dans l'ensemble du quartier Agbato, et occupent essentiellement les habitats sur pilotis, bâtis sur le lac Nokoué.

On peut retenir de ces caractéristiques de l'habitat dans les trois quartiers que la sévérité de la pauvreté est variable. Le quartier le moins pauvre est Kpankpan, qui comporte plus d'habitats modernes et semi-modernes, occupés par des fonctionnaires de l'administration publique ou privée, ou même par des opérateurs économiques¹⁴⁰. C'est aussi le quartier dans lequel on retrouve des collecteurs d'eaux, une rue pavée et de petits hôtels. Le plus pauvre est Agbato,

¹⁴⁰ Selon les propos de notre guide de terrain dans le quartier Kpankpan, juillet-août 2012, 2013, 2014.

avec une majorité d'habitats précaires. Enagnon se situe entre les deux, avec une grande partie faite d'habitats semi-modernes et l'autre d'habitats précaires, notamment sur la plage et la berge de la lagune. On comprend alors que la pauvreté, même à l'échelle fine des quartiers, est spatialisée. Si les catégories aisées et pauvres peuvent se partager un même espace physique, les plus pauvres sont relégués, là aussi, à la périphérie inondable et non constructible des quartiers défavorisés.

Si Kpankpan est le quartier le plus favorisé, Agbato le plus marqué par l'« extrême » pauvreté alors que Enagnon a une situation intermédiaire, quel lien existe-t-il entre ces profils socio-économiques et le choléra ? La moyenne de l'incidence du choléra dans les trois quartiers sur une période de cinq ans permet de répondre à cette interrogation.

Tableau 35 : Incidence moyenne du choléra dans les quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan entre 2010 et 2014

Quartiers	Incidence moyenne du choléra pour 1000 habitants entre 2010 et 2014
Agbato	0,82
Enagnon	1,17
Kpankpan	0,48

Source: Fousséni, registres de soins de santé et enquête de terrain

Si le quartier Kpankpan, le plus favorisé des trois, a logiquement l'incidence la plus faible, Agbato, qui est beaucoup plus marqué par l'« extrême » pauvreté, est en fait plus épargné de la maladie que le quartier Enagnon, ayant pourtant un profil socio-économique intermédiaire. Cette incidence différenciée du choléra traduit les interactions entre les acteurs et l'environnement physique. Au-delà des caractéristiques socio-économiques de ces quartiers, ce sont les pratiques des habitants, en lien avec leur milieu, qui expliquent ces inégalités écologiques, comme nous le montrerons dans le chapitre 6.

5.3 Un milieu physique favorable à l'exposition aux nuisances environnementales

En réduisant l'échelle d'analyse aux berges lagunaires de Cotonou, on se rend compte que l'exposition aux nuisances environnementales y est la plus forte de la ville, avec les incidences cholériques les plus élevées. Dans cette partie de la ville, les caractéristiques socio-économiques apparaissent plus clivantes, les arrondissements les plus pauvres (3^e et 4^e) étant les plus touchés par le choléra. Ce résultat traduit la nécessité d'une prise en compte de l'effet de contexte, en ce sens que les individus partageant des caractéristiques socio-économiques

similaires peuvent présenter une vulnérabilité différente en fonction des caractéristiques des milieux dans lesquels ils vivent (Vaquet *et al.*, 2011). Cela se révèle dans l'écart relevé entre les incidences du choléra dans les 4^e et 13^e arrondissements (7,65 pour le premier et 0,56 pour le second, pour 10 000 habitants), alors qu'ils sont composés respectivement de 34,08% et 33,69% de ménages très pauvres. Le 4^e arrondissement est situé sur la berge lagunaire, alors que le 13^e arrondissement s'étend sur un site en grande partie sablonneux.

Les risques liés aux inégalités écologiques résultent donc de l'interaction entre des processus environnementaux (caractéristiques géophysiques du site, du climat, etc.) et des processus sociaux (caractéristiques de la population, tels que le revenu ou le niveau d'éducation). Ana Lucia Britto et Audauto Cardoso en donnent une illustration dans l'analyse des enjeux liés à l'occupation des berges fluviales dans la région métropolitaine de Rio de Janeiro : les auteurs montrent que les inondations touchent particulièrement les populations à faibles revenus et exclus des marchés formels, et qui, pour s'insérer dans l'espace urbain, occupent des pentes exposées aux glissements de terrain, ou des zones inondables comme les berges fluviales de Rio de Janeiro (Britto et Cardoso, 2012).

Dans la ville de Cotonou, les caractéristiques physiques des différents arrondissements ont un lien avec l'incidence du choléra. La moindre exposition des 12^e et 13^e arrondissements, faisant partie des plus pauvres de la ville, peut s'expliquer par l'espace sablonneux qui les caractérise. La nature sablonneuse du sol absorbe plus facilement l'eau, l'empêchant ainsi de stagner. Les habitants les plus pauvres de cette zone se sont installés en périphérie, sur l'espace s'étendant vers l'Océan Atlantique. Une bonne partie de la plage est occupée, dans le 12^e arrondissement, par des habitations en matériaux précaires. Toutefois, ces deux arrondissements comportent également des marécages, qui sont occupés par endroit par des populations, ce qui empêche l'écoulement des eaux et favorise les inondations, notamment en période de pluie. C'est le cas du quartier Agla, situé dans le 13^e arrondissement, dont les populations utilisent les ordures ménagères pour remblayer les marécages, afin de s'y installer, ou de détourner la trajectoire de l'eau¹⁴¹. Le site marécageux de ce quartier fait d'ailleurs de lui l'un des plus touchés par le choléra. Par exemple, en 2010, 8 malades de choléra provenant de ce quartier se sont fait soigner dans le centre de santé d'Ayelawadjè.

¹⁴¹ Boniface Kabla, « Insalubrité à Cotonou : Le quartier Agla ploie toujours sous des ordures », publié dans *La Presse du Jour*, le 4 février 2013, téléchargé sur www.lapressedujour.net le 4 mars 2015.

C'est aussi la situation géographique des 2^e, 3^e, 4^e, 5^e et 6^e arrondissements qui favorise leur plus grande exposition aux risques environnementaux, de part et d'autre de la lagune de Cotonou. Il s'agit d'un secteur particulièrement entouré de cours d'eau et composé en grande partie de marécages et de terres inondables. La nappe phréatique y est de faible profondeur par rapport au niveau du sol, entre 2 et 3 mètres en saison sèche, et 0,6 et 1 mètre en saison pluvieuse¹⁴². A chaque saison de pluie, la zone est submergée par les eaux sales provenant parfois de la crue du lac et de la lagune, mais aussi des eaux pluviales.

Les berges de la lagune et du lac Nokoué font également l'objet de pollution par les déchets et les excréta. Elles constituent un point de dépôt illégal de déchets¹⁴³. L'insalubrité de la berge lagunaire de Cotonou a été abondamment relayée dans la presse béninoise. Des titres comme « Insalubrité des quartiers le long de la berge lagunaire de Cotonou : quand les populations payent un lourd tribut sanitaire et économique »¹⁴⁴, « Insalubrité notoire à Cotonou : la berge lagunaire toujours invivable »¹⁴⁵, « Berges lagunaires de Cotonou : des décennies de pollution »¹⁴⁶, etc., montrent bien l'ampleur du phénomène. En effet, les bords du lac Nokoué et de la lagune de Cotonou sont jonchés de déchets. Qu'il s'agisse de déchets ménagers, de débris d'aliments, ou de sachets plastiques, ces berges sont le point de chute des immondices. Elles sont investies par des structures de collecte de déchets dans la ville comme site de décharge, parfois à la commande des riverains. Les berges abritent une importante population des quartiers riverains de la lagune et du lac. Ces populations y déversent des déchets pour remblayer les espaces inondables et se faire construire des habitations. Ce fait n'est pas spécifique à la ville de Cotonou. Il est également observé, par exemple, à Mopti au Mali, où le sol urbanisé se fabrique au quotidien, par des ordures utilisées comme matériau de l'extension urbaine sur les berges du Bani (Dorier-Apprill, 2002, p. 120).

¹⁴² Annuaire statistiques de la Zone sanitaire Cotonou II/III, 2011.

¹⁴³ Observations de terrain, juillet à août 2012, 2013, 2014.

¹⁴⁴ Alain Tossounon, *West Africa WASH Journalists Networ*, consulté sur <http://washjournalists.wordpress.com>, le 2 novembre 2014.

¹⁴⁵ Adrien Tchomakou, dans *Fraternité* du 11 juin 2009, www.fraternitebj.info

¹⁴⁶ Allochemè Olivier, dans *L'Événement Précis* du 12 mai 2012, <http://levenementprecis.com>

Photo 7 : Immondices sur la berge lagunaire de Cotonou



Berges infestées d'ordures dans le quartier Kpankpan

Source: Fousséni, enquête de terrain 2014

Il existe dans les quartiers riverains de la lagune des habitations au cœur de ces immondices, sur lesquels les enfants jouent, parfois en présence de leurs parents, et défèquent¹⁴⁷. Même les populations des quartiers Midombo, Yénawa, Avotrou, Minontchou, etc., situés sur la rive ouest du lac Nokoué, ne disposent pas toutes de latrines à domicile, et les latrines publiques construites sont mal entretenues¹⁴⁸. Dans ces conditions, c'est sur la berge lagunaire que ces populations défèquent.

L'insalubrité des arrondissements bordant la lagune et le lac Nokoué est aggravée par la présence du marché Dantokpa. C'est le plus grand de la ville de Cotonou et de l'Afrique de l'Ouest. Il est situé sur la rive ouest de la lagune. Ainsi, les marchands y déversent les déchets issus de leurs activités commerciales, et y défèquent également. Selon Ghislain Gbènakpon¹⁴⁹, 24% seulement des usagers du marché utilisent réellement les latrines installées par la SOGEMA¹⁵⁰ et 66% adoptent des pratiques telles que la défécation à l'air libre, dans les sachets, sur les berges, avec tous les risques de pollution de l'eau de surface.

¹⁴⁷ Observations de terrain, juillet-août 2012, 2013, 2014.

¹⁴⁸ Gérys Hèdégbé, « Le manque de toilettes, l'autre source d'insalubrité », publié dans *Adjinakou*, du 1^{er} juillet 2013, et consulté le 19 novembre 2014 sur <http://www.journal-adjinakou-benin.info>.

¹⁴⁹ Ghislain Gbènakpon, « Coopération Pund-mairie de Cotonou : 8 modules de toilettes publiques inaugurées hier », publié le 22 juin 2011, dans *Quotidien Le Nokoué*, consulté le 18 novembre 2014 sur www.quotidiennokoue.com.

¹⁵⁰ Société de gestion des marchés autonomes du Bénin.

Ce mélange d'immondices et d'eaux stagnantes, empreintes de matières fécales, expose les populations riveraines du lac Nokoué et de la lagune de Cotonou à des maladies liées au péril hydro-fécal. Ces cours d'eau peuvent contenir le vibron cholérique de façon endémique. Cette hypothèse a déjà été avancée par Janny Thomas (2004). Selon lui, la partie du Golfe de Guinée s'étendant de l'est de la Côte d'Ivoire jusqu'au Cameroun, et qui baigne les littoraux du Ghana, du Togo, du Bénin et du Nigeria semble être le lieu d'une endémisation du cholera, en raison d'épidémies et du nombre important de malades cholériques enregistrés par l'OMS dans cette sous-région depuis 1991. La pollution permanente peut donc expliquer la plus forte incidence du choléra dans les arrondissements riverains du lac Nokoué et de la lagune de Cotonou par rapport aux autres. Cette vulnérabilité est liée leur position géographique, qui offre la possibilité à des populations d'y déverser les immondices et d'y déféquer. Les quartiers riverains, comme Ladji et Sainte Cécile par exemple, sont caractérisés par la présence d'ordures dans les rues et sur la berge de la lagune. Les habitants de ces quartiers se sont confiés à la presse en ces termes : « *Le quartier Ladji est sale et puisque nous n'avons pas les ONG de pré-collecte, on jette nos ordures n'importe comment et n'importe où... Il y a aussi le problème de manque de latrines. Ici, les gens défèquent dans des sachets et les jettent partout parce qu'ils ne savent où aller au coin* »¹⁵¹. Cette situation constitue un terrain favorable aux maladies. Selon le directeur départemental de la Santé (DDS) Atlantique/Littoral, le Dr. Théophile Hounhouedo, les affections les plus courantes rencontrées dans le quartier Ladji sont les maladies diarrhéiques, le choléra, les infections respiratoires aiguës et le paludisme¹⁵².

Blaise Ahouansè, du journal *La Nouvelle Tribune*, souligne en 2010 les risques sanitaires liés à l'exposition à un environnement dégradé. Les malades cholériques « *viennent de presque tous les quartiers réputés insalubres ou proches de la lagune et des bas-fonds de Cotonou. Ladji, Akpakpa-Dodomey, Midombo, Agbodjèdo, Jonquet, Zongo, Agla-Hlazounto, Akogbato, Vossa, Ayimlonfidé, Djidjè, Zogbohoulè, Ayélawadjè sont le plus souvent les quartiers de provenance des malades* »¹⁵³, constate-t-il. Le médecin responsable du centre de prise en charge des malades cholériques met lui aussi l'accent sur l'insalubrité de la berge lagunaire et la fréquence d'épidémies de choléra : « *Les zones où les cas de choléra sont les plus fréquents, c'est ces quartiers-là qui se situent le long de la lagune. A Akpakpa ici, par*

¹⁵¹ Propos d'un habitant du quartier, rapporté par Alain Tossounon, *West Africa WASH Journalists Networ*, consulté sur <http://washjournalists.wordpress.com>, le 2 novembre 2014.

¹⁵² Propos rapporté par Alain Tossounon, *West Africa WASH Journalists Networ*, *ibid*.

¹⁵³ Ahouansè Blaise, « Epidémie généralisée: le choléra atteint toute la ville de Cotonou », paru dans *La Nouvelle Tribune* du 31 août 2010.

exemple, vous allez voir Yénawa, Gankpodo, Agbato, Hlacomey, Adogléta, Midombo, Kpankpan et puis vous allez jusqu'à Akpakpa dodomè, le quartier Enagnon. Voilà ces quartiers-là qui sont les plus exposés, c'est-à-dire souvent sales. Vous allez là, c'est vraiment sale, vous allez voir des tas d'ordures un peu partout, on défèque à l'air libre¹⁵⁴... ». Dans la même veine, l'étude sur l'épidémie de choléra de 1995 dans la ville de Mopti au Mali a montré que les quartiers-villages suburbains des berges du fleuve et des îles ont ressenti plus durement l'effet de la maladie que le reste de la ville, en raison du cumul du risque lié au dénuement, à l'exposition au milieu aquatique contaminé, et à la mobilité quotidienne des populations (Dorier-Apprill, 2002, p. 126).

Conclusion du chapitre

Ce chapitre l'a souligné, les inégalités écologiques dans la ville de Cotonou se traduisent par une distribution différentielle du choléra sur les arrondissements et les quartiers. Toutefois, celles-ci ne sont pas forcément le reflet des inégalités socio-économiques. Les arrondissements les plus pauvres ne correspondent pas tous aux espaces les plus touchés par le choléra. Les 12^e et 13^e arrondissements de Cotonou font partie des plus affectés par l'« extrême » pauvreté, mais sont relativement épargnés par la maladie. A l'inverse, les arrondissements situés sur les berges de la lagune de Cotonou et du lac Nokoué ont enregistré les incidences les plus fortes du choléra, indistinctement de leur composition sociale. Mais l'extrême pauvreté est plus clivante à cet endroit de la ville, car le choléra y suit le gradient socio-économique. Ainsi apparaît la pertinence d'une analyse en termes d'effet de lieu, qui permet d'envisager le choléra, comme produits de l'interaction entre caractéristiques socio-économiques et environnementales. Dans ces conditions, l'analyse des inégalités écologiques ne peut se limiter aux facteurs socio-économiques, mais doit également tenir compte de la nature de l'espace sur lequel les groupes sociaux sont distribués. Car, nous l'avons noté, l'espace joue un rôle dans la répartition des risques environnementaux et sanitaires. Ces résultats permettent de poser l'hypothèse d'une responsabilité des habitants dans la production des inégalités écologiques, contrairement à ce qui est mis en avant dans les contextes américain et européen, à savoir que les pouvoirs publics sont considérés comme instigateurs des inégalités écologiques (Chaumel, La Branche, 2008). Dans ces conditions, les inégalités écologiques peuvent être redéfinies, car elles ne sont plus simplement les différences d'exposition des groupes sociaux aux nuisances environnementales, mais doivent prendre en

¹⁵⁴ Extrait de l'entretien de terrain en été 2012.

compte les processus de production des risques environnementaux, qui peuvent être mis en lumière par l'analyse des interactions entre les acteurs et leur environnement.

On peut aussi, à partir des résultats de ce chapitre, interroger la notion de risque relatif à l'environnement. Le risque comporte une double dimension objective et subjective. Selon Nathalie Schiffino (2016), reprenant les définitions proposées par John Graham, Jonathan Wiener et Paul Slovic (1992), il renvoie, d'une part, à la probabilité qu'un événement survienne avec des conséquences négatives. Cet événement fait l'objet de gestion ou d'anticipation lorsqu'il est identifié. D'autre part, le risque renvoie aux représentations qu'en ont les acteurs. Si les risques environnementaux sont universels, leur nature, la prise de conscience de leur existence et leur gestion, le rôle des acteurs dans leur production, sont liés au rapport que l'homme entretient avec la nature, rapport lui-même déterminé par le niveau socio-économique des sociétés. En effet, la nature des risques environnementaux rencontrés est différente entre pays industrialisés et en voie de développement, comme le reconnaissait déjà la conférence de Stockholm de 1972 (PNUE, 1972). Les problèmes de l'environnement auxquels sont confrontés les pays d'Afrique subsaharienne en général et le Bénin en particulier sont liés au « sous-développement », matérialisé entre autres par des problèmes d'alimentation, de santé, d'hygiène et d'éducation, etc. Dans ces pays, les conditions socio-économiques précaires dans lesquelles les populations vivent sont à l'origine d'une forte interaction préjudiciable à la nature – ainsi de la dégradation des écosystèmes par les déchets et les activités polluantes, productrices du risque cholérique dans la ville de Cotonou. Dans ces conditions, la nature, définie comme l'ensemble des êtres et des choses qui constituent le monde physique ou l'univers, fusionne avec l'homme, et les risques environnementaux ne sont que la résultante des dysfonctionnements occasionnés par cette fusion (Schiffino, 2016, p. 492). Cette réalité correspondrait, dans la typologie des sociétés et des risques établie par Sébastien Brunet et Natahlie Schiffino (2012), à la société pré-moderne où l'homme est sujet à une nature puissante et dans laquelle le danger et la menace remplacent le risque objectivable et maîtrisable. Cette société pré-moderne est aussi caractérisée par une quasi-absence des régulations publiques. Comme on le verra davantage pour le cas de Cotonou, le risque cholérique est produit dans un contexte où les services publics et de régulation des rapports des populations aux écosystèmes sont absents.

A l'inverse, les risques environnementaux rencontrés dans les pays industrialisés proviennent de l'industrialisation et du développement socio-technique. Pour Ulrich Beck (2001), le risque est dans la nature des sociétés modernes, car il est né de la crise du monde industriel et de sa

transformation. Dans la société industrielle, le risque n'est plus dans la nature, mais produit dans la société par le biais des progrès de la technique et de la science, et se cristallise dans les esprits à travers notamment les accidents nucléaires. Ici, la nature est définie comme « *l'ensemble du monde physique qui est extérieur à l'homme et qui n'est pas transformé par lui* » (Schiffino, 2016, p. 492). Dans ce type de rapport de l'homme à la nature, le risque est produit par les dysfonctionnements dans les dispositifs de gestion mis en place au nom du principe de précaution, malgré la part d'incertitude (Beck, 2001). La prise de conscience de la dimension objective du risque dans les sociétés industrialisées post-modernes, devenues « société du risque » (Beck, 2001), se traduit par des dispositifs d'anticipation de son avènement, mis en place par les pouvoirs publics, souvent sous l'œil vigilant de l'opinion publique. Or dans les pays en voie de développement, le risque fait l'objet d'une faible prise de conscience. Dans la ville de Cotonou, la nécessité de survie, qui se traduit par l'installation des groupes sociaux défavorisés sur les berges insalubres du lac et de la lagune, contrarie toute prise en compte des risques d'origine environnementale.

Enfin, le rôle des acteurs dans la production des risques environnementaux est différent entre pays industrialisés et en voie de développement. Dans les premiers, les citoyens se présentent souvent comme victimes de nuisances environnementales dont les pouvoirs publics et les industriels sont les principaux instigateurs, par le biais de l'installation d'industries polluantes. C'est l'exemple des conséquences sanitaires de l'implantation d'une usine d'incinération de déchets dénoncées par les populations (Hajek, 2013). Dans les pays pauvres, les populations contribuent pour une part à la production des risques environnementaux, du fait de leurs conditions sociales, comme l'a montré Didier Bompangué (2009) pour le cas de la RDC, où les épidémies de choléra sont favorisées par la dégradation du lac Tanganyika par les pêcheurs. Dans le chapitre 6, nous montrerons plus encore le rôle des groupes sociaux défavorisés dans la production du risque cholérique à Cotonou.

Chapitre 6

Rapports aux déchets et production locale de nuisances environnementales dans les quartiers défavorisés de Cotonou

Les chapitres précédents ont dégagé l'effet combiné du milieu et des conditions socio-économiques, avec tout de même un rôle plus marqué du milieu lacustre, dans la survenue et l'incidence du choléra. Il nous faut maintenant comprendre le processus par lequel les deux groupes de facteurs interagissent pour produire ce résultat. Car le fait d'observer que les groupes sociaux défavorisés sont plus affectés par les inégalités environnementales ne permet pas de comprendre les mécanismes de leur production (Durand, Jaglin, 2012). Dans les quartiers défavorisés des berges lagunaires de Cotonou, les caractéristiques du milieu et les conditions socio-économiques sont, entre autres facteurs, à l'origine d'un certain nombre de pratiques sociales, elles-mêmes productrices du risque cholérique. Ce chapitre réduit l'échelle d'analyse à trois quartiers des berges de la lagune de Cotonou et du lac Nokoué, et consiste à mettre en exergue l'effet du mode local de gestion des déchets sur l'incidence du choléra. Les pratiques liées à la gestion des déchets dans les villes africaines sont souvent en décalage avec les politiques publiques, car elles reposent sur des logiques contrastées et posent la question de la définition même du déchet (Traoré, 2011). Dans ces conditions, nous faisons l'hypothèse que le choléra dans les quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan est révélateur de la cohabitation des populations avec les déchets, et traduit le rapport que celles-ci entretiennent avec l'espace public et l'absence d'une perception du lien entre le cadre de vie et la santé.

Pour l'attester, nous allons d'abord analyser la distribution spatiale des malades cholériques à l'intérieur de chacun des trois quartiers. Ensuite, en partant de la définition de la notion de déchet, nous montrerons comment les pratiques liées à sa gestion entraînent une césure entre l'espace privé et l'espace public, ce dernier étant le réceptacle de toutes les nuisances. Enfin, nous mettrons en relief le fait que la contamination du choléra peut traduire la place mineure accordée à la notion d'hygiène dans le rapport au propre et au sale.

6.1 Mode de gestion des déchets et incidence du choléra dans les quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan

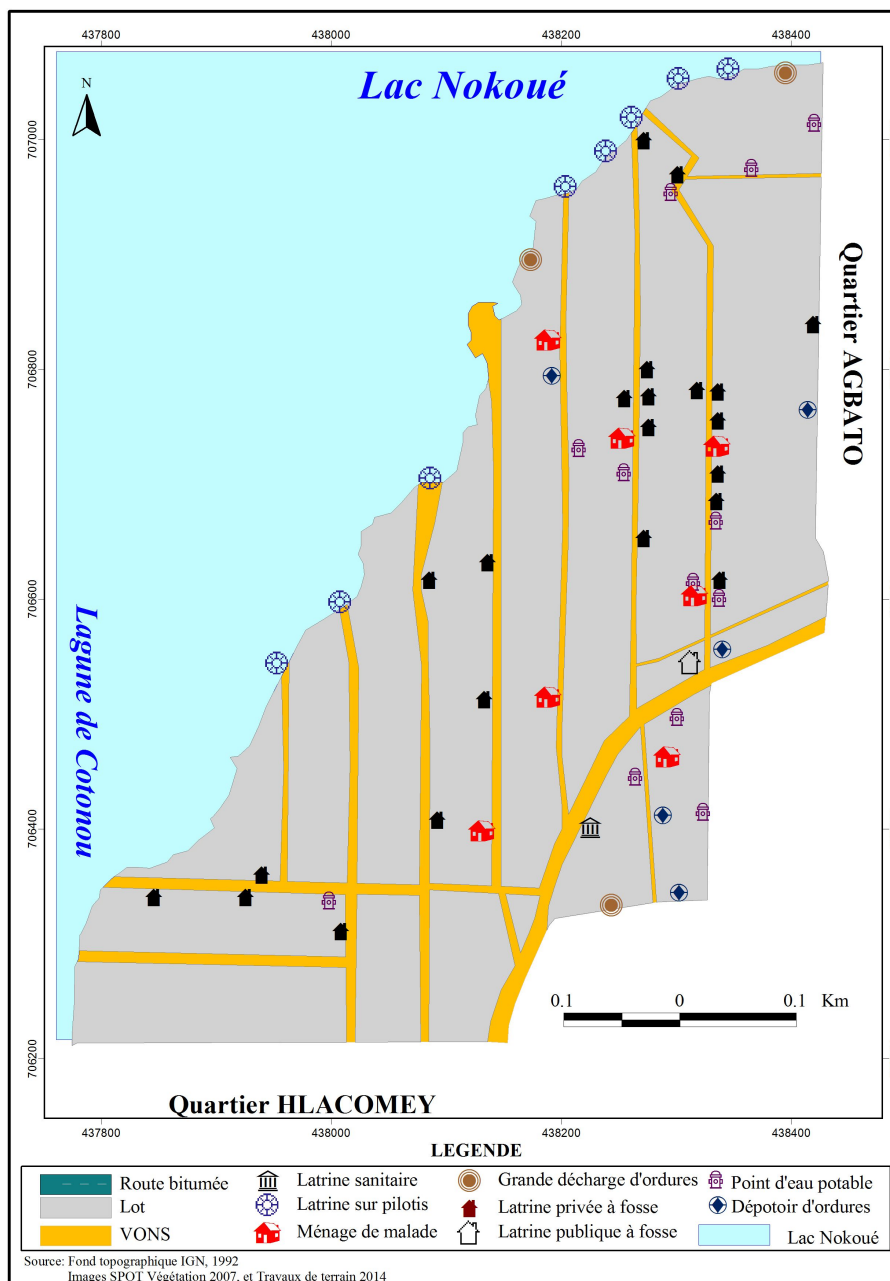
Pour montrer comment le mode de gestion des déchets participe à produire le risque cholérique dans les quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan, nous avons d'abord étudié la distribution spatiale des malades à l'intérieur de chacun d'entre eux. Nous avons distingué deux secteurs à l'intérieur de chaque quartier. Le secteur 1 correspond à la partie lotie, que nous appelons encore partie régulière. Le secteur 2 est la partie non lotie, c'est-à-dire l'extension construite en dehors de tout cadre administratif : c'est la partie irrégulière du

quartier. Nous faisons l'hypothèse que, vue la sensibilité du choléra à l'insalubrité du cadre de vie, sa distribution spatiale dans chaque quartier peut révéler des modes de gestion des déchets parfois contrastés entre les différents secteurs.

6.1.1 Le paradoxe cholérique des parties loties dans les quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan

L'analyse spatiale du choléra montre une diffusion des cas de maladie sur l'ensemble des secteurs de chaque quartier, avec parfois une relative concentration dans la partie lotie. Dans le quartier Agbato, les 7 ménages de malades cholériques retrouvés et cartographiés sont distribués entre le nord est, le centre et le sud est du quartier. A l'inverse, la berge du lac Nokoué a été quasiment épargnée, bien qu'abritant une partie de la population la plus pauvre, notamment celle qui vit dans des maisons construites sur pilotis. Le sud ouest du quartier n'a pas non plus enregistré de cas de choléra. D'une manière générale, tous les ménages cholériques sont installés dans la partie régulière du quartier. La partie irrégulière du quartier Agbato est limitée aux berges du lac Nokoué et de la lagune de Cotonou. Elle est constituée essentiellement d'habitats sur pilotis et de baraques sur les berges.

Carte 16 : Répartition spatiale des ménages cholériques et des ouvrages d'eau et d'assainissement dans le quartier Agbato

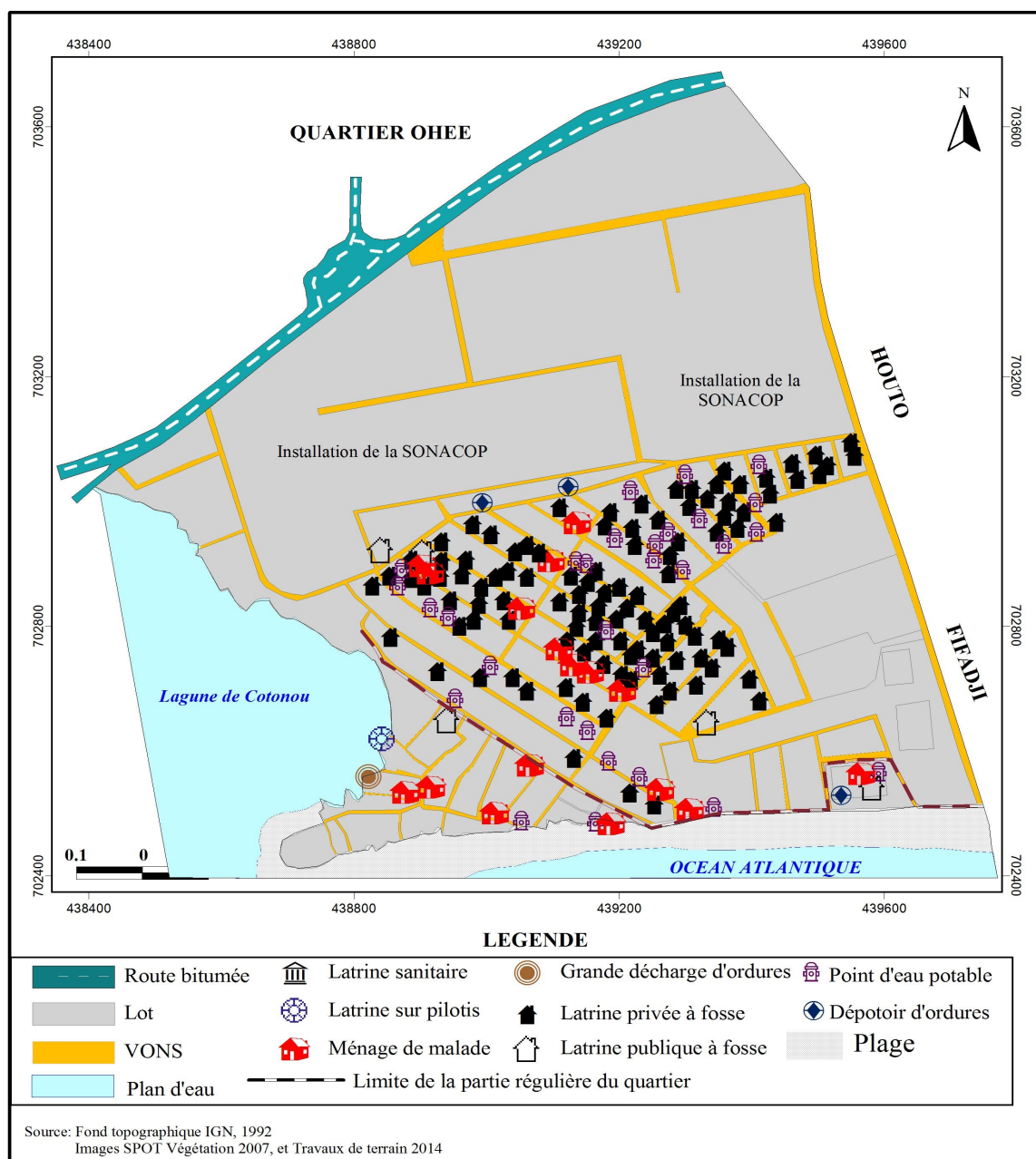


Source : Fousséni, 2014

On peut tirer deux conséquences de cette carte. D'une part, elle révèle l'absence de lien entre latrines sur pilotis et choléra. Car, il n'existe presque pas de ménages cholériques à proximité des latrines sur pilotis, qui sont les plus nombreuses dans le quartier Agbato. D'autre part, on observe qu'il n'y a pas de lien entre absence de latrines et choléra : des malades cholériques n'ont pas été enregistrés sur des parcelles non dotées de latrines, ou éloignées de celles-ci.

Dans le quartier Enagnon, la partie irrégulière ne concentre pas non plus les ménages cholériques. On note plutôt une dispersion dans l'ensemble du quartier, avec toutefois une présence plus marquée des malades dans la partie lotie. Sur 25 malades retrouvés dans le quartier Enagnon, 16 résidaient dans la partie régulière et 9 dans la partie irrégulière. Ces résultats auraient été plus significatifs si nous avions pu calculer le pourcentage relatif des malades dans chaque partie du quartier. Mais ceci n'a pas été possible du fait de l'inexistence de chiffres précis sur la population de chacun des deux secteurs. Il faut signaler notamment que cette partie irrégulière prend en compte le domaine portuaire dans lequel des habitants squattent un bâtiment à l'abandon. Cette partie est appelée « Chantier ». C'est effectivement un ancien chantier abandonné, appartenant au Port Autonome de Cotonou (PAC). Le chantier se situe sur la plage, au sud est du quartier. De nouvelles habitations en bois, couvertes de branches de palme, de chaume ou même de tôles, sont construites et forment avec les logements inachevés un véritable campement. Cette partie est considérée comme irrégulière en raison de son occupation illégale. Le domaine en lui-même appartient aux limites physiques du quartier tout en débordant sur la plage. C'est la prise en compte des malades du « Chantier » qui fait monter l'effectif des malades cholériques du secteur irrégulier de 2 à 9.

Carte 17 : Répartition des ménages de malades cholériques et des ouvrages d'eau et d'assainissement dans le quartier Enagon



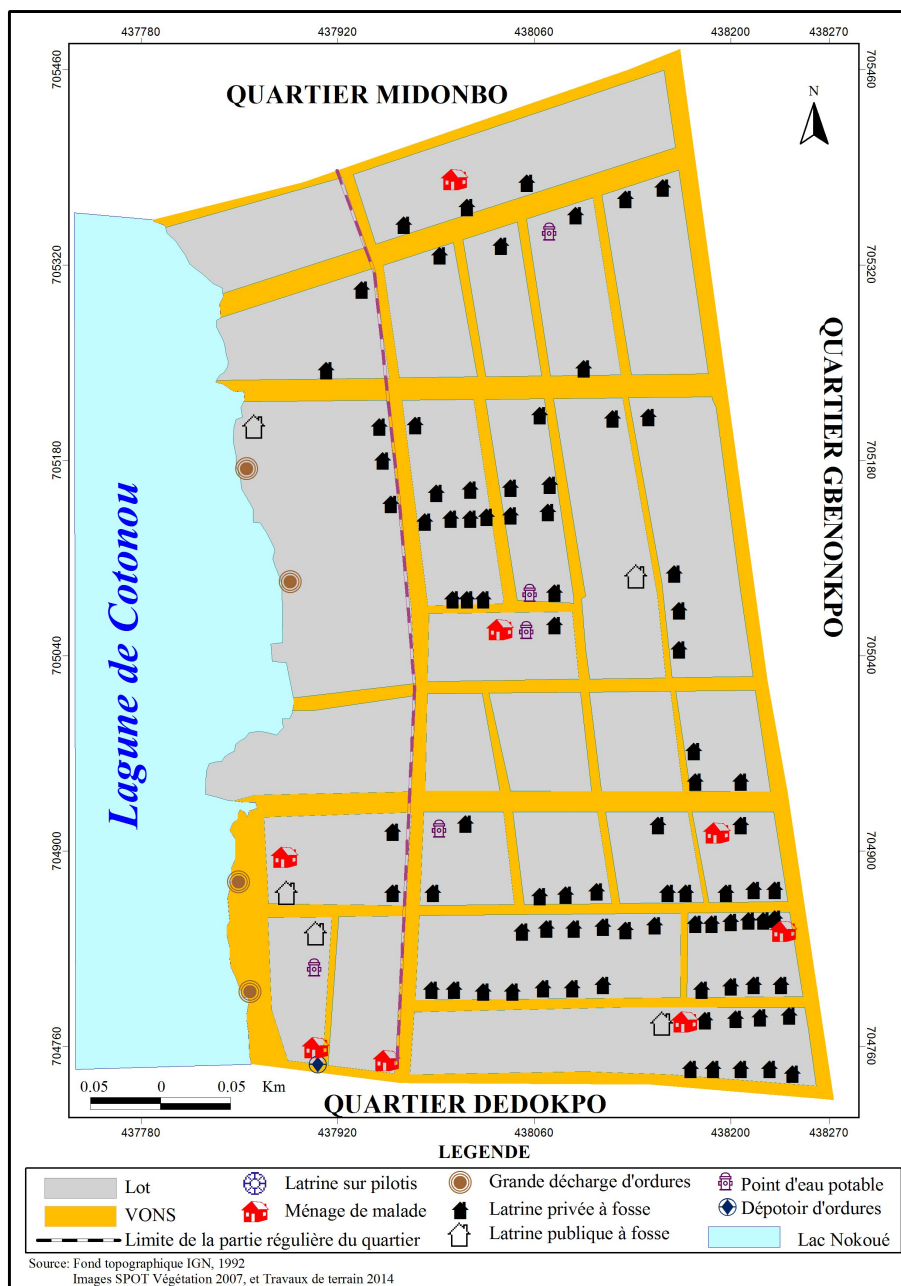
Source : Fousséni, 2015

Enfin, le choléra présente la même configuration dans le quartier Kpankpan qu'à Enagon. Les malades cholériques se trouvent aussi bien sur la partie régulière que sur celle non lotie. Mais la partie régulière est moins touchée car elle n'a enregistré que 5 malades sur 8, alors que la grande majorité des habitants y est concentrée. Cette carte fait ressortir le lien entre, d'une part, latrines publiques à fosse et choléra et, d'autre part, grande décharge d'ordures et choléra. Dans le premier cas, ce lien se traduit par la concentration de ménages cholériques au centre du quartier sur une ligne encadrée par des latrines publiques à fosse. Dans le second

cas, on observe la présence de ménages cholériques à proximité de la plus grande décharge d'ordure dans le quartier Enagnon.

Cependant, à la différence d'Enagnon, où on observe une concentration au centre de la partie régulière, les malades de Kpankpan se répartissent sur l'ensemble du quartier. On en retrouve aussi bien à l'ouest, au centre et à l'est de la partie lotie.

Carte 18 : Répartition des ménages de malades cholériques et des ouvrages d'eau et d'assainissement dans le quartier Kpankpan



Source : Fousséni, 2015

Sur cette carte montrant la distribution des cas de choléra dans le quartier Kpankpan, les parties vides, correspondant aux parcelles n'ayant pas de latrines privées à fosse, abritent des immeubles. Il s'agit d'habitats de haut standing avec des installations modernes telles que l'eau potable, les latrines avec chasse d'eau. Ils servent de logements pour les personnes les plus nanties du quartier, de magasins de stockage pour des entreprises ou d'hôtels. Cette distribution des ménages cholériques dans le quartier Kpankpan met en relief le lien entre d'une part, latrines privées à fosse et choléra et, d'autre part, décharges d'ordures et choléra. Les ménages cholériques de ce quartier sont situés sur ou à proximité des parcelles abritant, soit une latrine à fosse, soit une décharge d'ordures.

Ainsi, se dégage-t-il des cartes de la distribution des cas de choléra dans les trois quartiers le lien entre choléra et, d'une part, latrines à fosse, qu'elles soient publiques ou privées et, d'autre part, décharges d'ordures. A l'inverse, il est observé une absence de lien entre latrines sur pilotis et choléra. On peut alors se poser la question de savoir, à partir de ces liens et absence de lien, si le choléra n'est pas un marqueur du mode local de gestion des déchets, et que sa contamination ne renvoie pas au rapport au propre et au sale.

6.1.2 Logiques contrastées dans le rapport au propre et au sale entre populations locales et acteurs institutionnels et gestion des déchets dans les quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan

Avant de montrer comment le mode de gestion des déchets peut traduire des représentations différenciées du propre et du sale entre les acteurs institutionnels et les populations locales, il convient d'abord de définir la notion de déchet. Au Bénin, il n'en existe pas une définition officielle, ni dans le Code de l'hygiène publique¹⁵⁵, ni dans la Loi-Cadre sur l'environnement¹⁵⁶. Toutefois, cette dernière utilise le terme « polluant », qui englobe le déchet. Il est défini comme « *tout rejet, solide, liquide ou gazeux, tout déchet, odeur, chaleur, son, vibration, rayonnement, ou combinaison de ceux-ci susceptibles de provoquer une pollution* », le déchet correspondrait alors à « *tout rejet, solide liquide ou gazeux...* ». Cette signification du déchet s'apparente à la définition établie en France, même si cette dernière est plus explicite. En effet, le déchet y est entendu comme « *tout résidu d'un processus de production, de transformation ou d'utilisation, toute substance, matériau produit ou plus*

¹⁵⁵ Loi n° 87-015 du 21 septembre 1987 portant code de l'hygiène publique en République du Bénin.

¹⁵⁶ Loi n° 98-030 du 12 février 1999 portant loi-cadre sur l'environnement en République du Bénin.

généralement tout bien meuble abandonné ou que son détenteur destine à l'abandon »¹⁵⁷. Le déchet renvoie à l'ordure, et a « une image globalement et unanimement négative : la saleté et la pestilence, la pollution et le danger, l'ombre et le néant, la mort et la putréfaction » (Gouhier, 1999, p. 81). Malgré la perception négative associée au déchet, celui-ci peut revêtir une valeur et devient ainsi une ressource (Barles, 2005 ; Cavé, 2015) ; on le verra notamment avec l'usage que font des populations riveraines des berges de Cotonou des déchets solides.

Dans le cadre de cette recherche, notre définition du déchet s'inscrit dans le sens que lui donne Maïmouna Traoré (2011), c'est-à-dire l'ensemble constitué de déchets solides (ordures ménagères), de déchets liquides (eaux usées d'origine domestique), et d'excréments humains et animaux, etc.). Mais nous n'excluons pas les eaux stagnantes d'origine pluviale, car, du fait de l'absence de drains dans ces quartiers, ce type d'eaux usées est très présent.

On peut relever deux principaux modes de gestion des déchets dans les trois quartiers étudiés. Il s'agit de la collecte par les services municipaux et du rejet dans l'environnement. Le premier mode, mis en place par les pouvoirs publics, repose sur les conceptions hygiénistes visant à assainir l'espace public et le rendre propre, comme en témoignage « l'opération ville propre¹⁵⁸ », initiée par l'équipe municipale, notamment à l'occasion d'événements solennels, comme on le verra dans le chapitre 9. Dans cette perspective, le propre est ce qui n'est pas sale, le sale étant « ... ce qui n'est pas à sa place... une sorte de ramassis d'éléments rejetés par nos systèmes ordonnés » (Douglas, 2001, p. 55). Cette représentation institutionnelle du propre et du sale explique en partie des actions de salubrité urbaine visant à maintenir les artères principales de la ville de Cotonou propres et sans encombrement, comme en témoigne, entre autres, le lancement le 7 mars 2012 de « l'opération ville propre » dans le quartier Zongo, un des symboles de l'insalubrité de la ville. L'opération a consisté à déplacer toutes les installations illégales aux abords des rues, que ce soit des baraques, des petits commerces, des vendeurs de l'essence de contrebande¹⁵⁹, etc., sous la surveillance des forces de sécurité publique. Pour le premier adjoint au maire de Cotonou, le déplacement des populations des espaces illégalement occupés est nécessaire à la propreté, ceux-ci n'étant pas à leur place : « C'est une opération douloureuse, mais c'est le prix à payer pour une ville de Cotonou

¹⁵⁷ Article 1^{er} de la loi française 75-633 du 15 juillet 1975 relative à l'élimination des déchets et à la récupération des matériaux.

¹⁵⁸ « Opération Cotonou ville propre : L'équipe municipale s'active », publié dans *La Presse du Jour* du 14 décembre 2011 ; « Ville propre ? Cotonou à l'épreuve ! », publié par Edgar Gnimavo dans le journal *Adjinakou*, du 8 mars 2012 ; « Lutte contre l'insalubrité à Cotonou : Léhady Soglo dans la dynamique d'une ville toujours propre », publié dans *L'Événement Précis* du 13 août 2014.

¹⁵⁹ *Idem*.

*propre ; et c'est la mission que les Cotonnoises et Cotonnois nous ont confiée. J'invite les commerçants dégagés à la compréhension et à aller prendre place dans les marchés secondaires et de proximité construits par la Mairie »*¹⁶⁰. C'est donc dans la logique d'une ville propre que le service de collecte des déchets est mis en place dans les quartiers et assuré par des organisations prestataires. Cependant, et on y reviendra plus loin, les pratiques liées aux représentations institutionnelles du propre et du sale accordent une place mineure au « sain », qui placerait la santé des populations dans la lutte contre le sale. C'est d'ailleurs ce que décrit Georges Vigallero (1985) relativement au XV^e siècle, où les règles de propreté font fi du corps et ne concernent que l'espace social. Au niveau du corps, on n'essuie que les parties visibles comme le visage et les mains, car elles font partie de l'espace social, qui doit être maintenu propre grâce à une lutte engagée contre l'encombrement, le désordre, l'accumulation des immondices. Dans ces conditions, la propreté collective devance la propreté individuelle (Mollo-Bouvier, 1988).

Dans le quartier Kpankpan, une part non-négligeable de ménages a souscrit un abonnement auprès des structures municipales de collecte des déchets solides ménagers. Ces structures sont des organisations non gouvernementales (ONG) recrutées par la municipalité de Cotonou pour assurer la pré-collecte des déchets solides auprès des ménages de la ville. Selon le chef du quartier¹⁶¹, elles passent trois fois par semaine, avec des charrettes à bras, dans les concessions pour récupérer les déchets produits par les occupants. Dans la plupart des habitats semi-modernes, les résidents s'organisent pour mettre en place la mobilisation des cotisations mensuelles, que passe récupérer ensuite le personnel de l'ONG chargée de la collecte des déchets dans le quartier. Sur 12 ménages interrogés à Kpankpan, 7 ont souscrit un abonnement mensuel auprès des services de collecte. Selon le chef du quartier, un ménage sur deux aurait souscrit un tel abonnement à Kpankpan. Cette estimation est difficile à vérifier, car il n'existe pas de chiffre sur le nombre de ménages vivant dans le quartier, encore moins sur ceux qui y ont souscrit un abonnement. Cette estimation est du moins confirmée par le relais communautaire du quartier pour le centre de santé d'Ayélawadjè : « *C'est en 2005 que l'Organisation ville propre dessert notre quartier. Sur 100 maisons, on peut dire 50 se sont abonnées. L'OVP appose une pancarte à la devanture des parcelles abonnées* »¹⁶².

¹⁶⁰ Propos du premier adjoint au maire de Cotonou, publiés le 10 novembre 2011 par la Cellule de communication de la Mairie.

¹⁶¹ Lors d'un entretien en juillet 2012.

¹⁶² Entretien du 4 juillet 2013.

Le recours au service de pré-collecte des déchets est en lien avec le niveau socio-économique du quartier. L'abonnement est payé mensuellement. L'ONG chargée de la pré-collecte met immédiatement fin à ce service en cas de non-paiement. Les ménages qui profitent de ce service sont logiquement en mesure de payer la redevance mensuelle. Dans le quartier Enagnon, le tarif mensuel est de 2000 Fcfa pour une parcelle de 4 appartements, soit 500 Fcfa par ménage¹⁶³. Le recours plus ou moins important à l'ONG qui dessert le quartier Kpankpan traduit bien son niveau socio-économique plus élevé par rapport aux deux autres. Ce résultat rejoint les conclusions de Maïmouna Traoré (2011) qui a également établi un lien entre niveau socio-économique et gestion des déchets dans la ville de Ouagadougou au Burkina Faso. D'après les résultats de sa thèse de doctorat en sociologie, les quartiers de haut standing sont desservis par le service de ramassage de la municipalité et par des opérateurs privés. Car les résidents de ces quartiers ont des revenus élevés, liés à leur statut de fonctionnaires internationaux, coopérants, hommes d'affaires, etc.

Dans les quartiers Enagnon et Agbato, les ménages recourent moins au service de collecte des déchets. A Agbato, aucun des 14 ménages interrogés n'a souscrit un tel abonnement. A Enagnon, sur 35 ménages enquêtés, 11 seulement sont abonnés. On peut alors se demander comment les ménages n'ayant pas fait appel au service de pré-collecte des ordures les évacuent.

C'est dans l'environnement que les résidents non abonnés déversent les déchets. Contrairement à la conception qu'ont les pouvoirs publics de la propreté, conceptions axées sur des préoccupations hygiénistes occidentales (Traoré, 2011), les populations défavorisées des quartiers étudiés ont une représentation du propre et du sale limitée à l'espace domestique et au corps. Le rapport au propre et au sale n'est pas universel. Car, *« contrairement à une idée communément admise, l'hygiène n'est pas un dogme universel et immuable, mais une représentation variable du sale et du propre, du souillé et du pur, liée aux contraintes mésologiques et économiques spécifiques des sociétés étudiées... »* (Epelboin, 1998, cité par Traoré, 2011).

C'est d'abord sur le corps que les populations étudiées appliquent les catégories du sale et du propre. Les propos d'une femme de 38 ans dans le quartier Enagnon traduit bien cette perception. En stigmatisant un groupe social étranger, elle estime que sa voisine, d'origine nigérienne, est sale car *« le matin, ses enfants ne se brossent pas les dents avant de manger*

¹⁶³ Selon les propos du relais communautaire pour le centre de santé d'Ayélawadjè.

les restes de repas de la veille. Elle ne lave pas les enfants et le dernier, qui a souffert du choléra, est toujours nu [nous montrant un enfant de 3 ans, torse nu et pataugeant dans les flaques d'eau]¹⁶⁴ ». La propreté reviendrait donc, selon cette enquêtée, à prendre soin de son corps, à le laver, à le protéger par des vêtements, à brosser les dents et aussi à consommer un repas de la veille réchauffé. On peut ainsi relever trois éléments de la propreté corporelle dans ce discours. Il s'agit de l'eau servant au bain, du vêtement et de la nourriture. La place accordée à ces éléments dans la propreté corporelle tient elle-même des représentations sociales du corps, comme le montre Georges Vigarello (1985, pp. 1-28) dans son étude de l'hygiène du corps depuis le Moyen Âge. Ainsi, au XVI^e siècle, alors que l'Europe était victime d'épidémies de peste, la promiscuité des corps et les bains étaient interdits. Cette interdiction s'est traduite à Paris, par exemple, par des ordonnances prises à plusieurs reprises par le prévôt entre 1510 et 1561 pour dissuader les populations de fréquenter les étuves, et exiger aux étuvistes de ne chauffer leurs étuves qu'à des périodes bien indiquées de l'année. Ces dispositions traduisent l'image spécifique du corps. La chaleur et l'eau occasionneraient des fissures sur la peau, fissures par lesquelles la peste pourrait s'infiltrer. Le linge blanc devient alors, au XVII^e siècle, l'outil de propreté corporelle avec lequel les contemporains s'essuient le visage. Pour éviter la peste, il faut protéger les pores par lesquels l'air pestilent pourrait s'engouffrer dans le corps. Ainsi se comprend la nécessité de porter des vêtements spécifiques, les toiles lisses en l'occurrence, susceptibles de faire glisser l'air sans prise avec le corps. Cet exemple européen montre que les représentations du corps sont propres à chaque société et tiennent compte des contextes socio-sanitaires.

Si les préoccupations sanitaires ont fondé ce rapport à la propreté corporelle, en ce sens qu'il consistait à se prémunir de l'air pestilent aux XVI^e et XVII^e siècles en Europe, on retrouve aussi la question sanitaire dans le rapport au propre et au sale dans les quartiers défavorisés de Cotonou. La propreté corporelle vise essentiellement à protéger la santé. Le lavage du corps et le brossage des dents « le matin », mis en relief par une enquêtée¹⁶⁵, permettraient d'évacuer du corps les sécrétions de la nuit, pour le maintenir sain. Et l'eau est convoquée à cette fin. Contrairement à la perception négative associée à l'eau aux XVI^e et XVII^e siècles (Vigarello, 1985), ce liquide est perçu ici comme bénéfique pour la santé, d'autant que, comme on le verra plus loin, les ménages qui ne disposent pas de raccordements dans leur parcelle s'approvisionnent en eau potable pour la consommation auprès des ménages voisins et

¹⁶⁴ Entretien du 26 juin 2013 dans le quartier Enagnon.

¹⁶⁵ *Idem*.

n'utilisent pas l'eau de puits pour la boisson. Ainsi la propreté corporelle prend-elle en compte la qualité de ce qui est consommé. Cela est mis en avant dans les propos d'une femme mariée de 40 ans, de niveau d'études primaires, dans le quartier Enagnon, selon laquelle il faut « *maintenir toujours propres les ustensiles de cuisine et bien soigner la préparation du repas* »¹⁶⁶. De même, pour d'autres enquêtés, la propreté corporelle d'un préparateur de repas est un indicateur de la qualité de la nourriture. « *Avant d'acheter la nourriture, je regarde d'abord la propreté de la vendeuse. Si elle est sale, je n'achète pas* »¹⁶⁷, estime un Nigérien de 40 ans, sans conjointe et ancien malade cholérique, dans le quartier Enagnon. Le sale a une dimension pathogène (Douglas [1967], 1992, p. 55) : ce qui est consommé peut être à l'origine de maladies, comme un repas de la veille non chauffé¹⁶⁸. On le verra davantage aussi avec la perception qu'ont eue certains malades cholériques du lien entre des repas consommés et le choléra.

Les populations des quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan, appliquent également les catégories du propre et du sale à l'espace domestique. Selon des personnes interviewées, celui-ci doit être balayé, nettoyé et maintenu propre. Maintenir l'espace domestique propre revient aussi à empêcher l'intrusion d'insectes jugés nuisibles. C'est le cas d'une femme de 45 ans, de nationalité ghanéenne et non scolarisée, qui nettoie son logement avec du pétrole dont l'odeur repousserait les mouches¹⁶⁹. Elle convoque ici la sensibilité olfactive des mouches dans la promotion de la propreté du domicile, qui peut devenir un facteur de « fierté », comme l'exprime une jeune femme de 26 ans : « *ma propreté est ma fierté* »¹⁷⁰. On retrouve une double dimension hygiénique et esthétique dans la conception du propre, comme le fait remarquer Maïmouna Traoré (2011) chez des habitants de la ville de Ouagadougou.

Toutefois, les catégories du propre et du sale ont un caractère individuel, car appliquées au corps et à l'espace domestique, et ne semblent pas comporter une dimension collective, applicable à l'espace public. Pendant que nous menions l'entretien, notre précédente interviewée, qui dénonce la saleté de sa voisine, tient un commerce de beignet, qu'elle a installé non loin d'un dépotoir d'ordures, et de sa concession dans laquelle les eaux pluviales ont stagné. La notion d'hygiène intégrée s'agissant du domicile ne semble donc pas appliquée

¹⁶⁶ Entretien du 24 juin 2013.

¹⁶⁷ Entretien du 24 juin 2013.

¹⁶⁸ Entretien du 26 juin 2013 avec une femme de 38 ans, de niveau secondaire, habitant le quartier Enagnon.

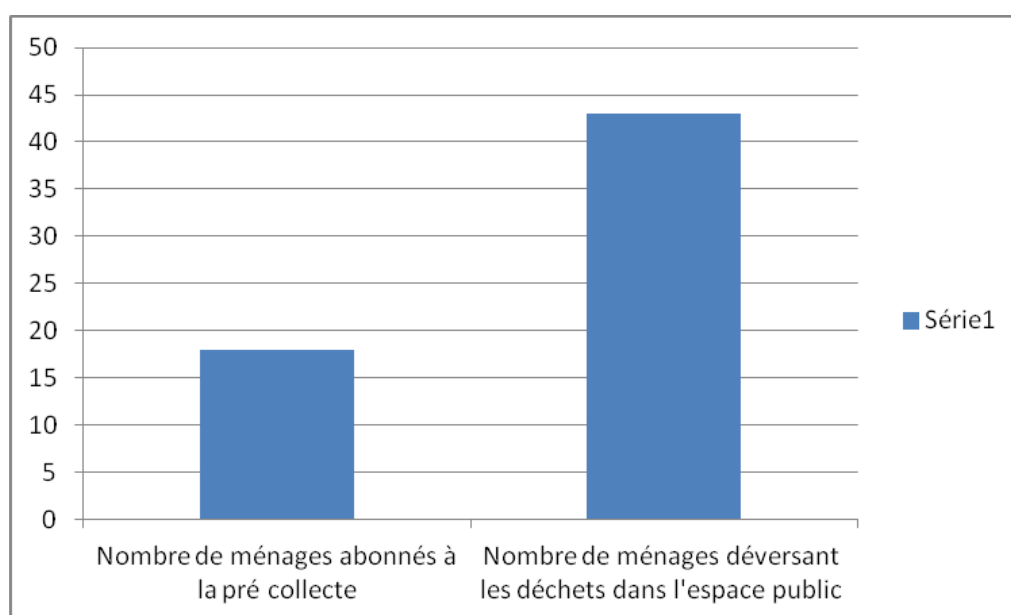
¹⁶⁹ Entretien du 1^{er} juillet 2013.

¹⁷⁰ Entretien du 19 juin 2013.

à l'espace péri-domestique et public. C'est en partie pourquoi les déchets sont déversés dans l'environnement immédiat des habitations.

43 ménages sur 61 interrogés jettent quotidiennement les ordures dans les dépotoirs créés dans les rares espaces libres des quartiers, ou les rejettent dans le lac ou la lagune. Les dépotoirs se rencontrent un peu partout à l'intérieur de chaque quartier et constituent des endroits pour évacuer les ordures ménagères. Ils sont constitués d'un mélange inextricable de matières organiques, de plastiques, de papier, de carton, de tissu, de métaux, de bois, de cuir, etc. Les plus grands dépotoirs d'ordures sont localisés à Agbato et Enagnon. Dans le premier quartier, tous les ménages interrogés jettent les déchets sur les dépotoirs et dans le lac Nokoué et la lagune. A Enagnon, 24 ménages, sur 35 interrogés, déversent les déchets sur les dépotoirs, la plage et dans la lagune de Cotonou. Tous les ménages étudiés dans les trois quartiers déversent également les eaux usées dans les rues.

Graphique 10 : Répartition des ménages interrogés dans les quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan selon leur mode de gestion des déchets solides



Source : Fousséni, 2015

L'évacuation des déchets dans l'espace public n'est pas propre aux quartiers défavorisés de Cotonou. Elle s'observe aussi dans le secteur 1 de la ville de Ouagadougou, caractérisé par un habitat de moyen et de bas standing, avec des rues étroites et une forte activité commerciale, qui génère des eaux usées et des déchets de tous genres déversés dans l'espace public (Traore, 2011). Emilie Guitard (2015) décrit également une pratique similaire dans le quartier Rumde

Ajia, dans la ville de Garoua au Cameroun. Dans ce quartier, des conflits vicinaux naissent de l'accumulation des déchets et de la stagnation des eaux usées dans les espaces collectifs.

Ces pratiques de pollution de l'espace public sont liées à la conception topocentrique de l'espace, en Afrique de l'ouest notamment, qui entraîne une « *césure entre l'espace socialisé, intérieur et privé, qui fait l'objet d'attention et d'entretien, et l'espace extérieur, sauvage, qui est conçu comme un espace appropriable... qui sert de déversoir et de dépotoir de déchets* » (Traore, 2011). On se trouve en face d'une définition de l'espace public comme appartenant à tous, donc à personne en particulier.

Lorsque les déchets sont déversés sur les berges du lac Nokoué et de la lagune de Cotonou, ils sont utilisés comme matériau d'appropriation de l'espace public et de l'extension urbaine sur les marges humides de la ville, comme cela se passe à Mopti (Dorier-Appril, 2002, p.120). Ils servent au remblaiement des berges afin de fabriquer de l'espace habitable. Bien que la berge et la plage soient occupées selon un schéma d'aménagement imaginé par les occupants eux-mêmes, d'autres migrants continuent d'arriver et de mobiliser de l'espace pour ériger des habitations. Des arrangements s'opèrent avec d'anciens habitants, qui se proclament propriétaires de cet espace public et en cèdent une certaine superficie, avec empiètement sur la lagune. L'octroi de parcelles de terre contre un geste symbolique s'est monétarisé au fil du temps, avec l'évolution du coût du foncier dans la ville de Cotonou, au point que même les bas-fonds et les cours d'eau font l'objet de transactions¹⁷¹. Comme il n'y a plus de parcelles de terre disponibles, c'est la lagune et le lac qui font désormais objet d'occupation. Lesdits propriétaires cèdent des espaces aux nouveaux arrivants contre le paiement de sommes d'argent. Dans certains quartiers, les autorités locales estiment ces transactions entre 200 000 et 300 000 Fcfa¹⁷². Une fois délimitées et vendues, ces portions d'eau sont remblayées par les acquéreurs avec des ordures et recouvertes plus tard de sable.

L'appropriation de l'espace public n'est pas seulement le fait de nouveaux immigrants. Elle s'opère aussi et souvent par des propriétaires terriens, recasés après le lotissement, et qui continuent d'exploiter les berges. «... *C'est surtout sur la berge lagunaire parce qu'après le lotissement de Enagnon, il y a une zone qui a été réservée pour le tourisme, ceux qui sont là bas sont déjà recasés de l'autre côté ici, mais continuent encore d'exploiter l'autre côté, ils n'ont pas quitté. L'État aussi n'a pas voulu venir dire non, vous avez déjà été recasé, regagnez ce qu'on vous a donné légalement, administrativement vous l'avez, regagnez-le. La*

¹⁷¹ Propos d'un chef de quartier, lors d'un entretien le 15 juillet 2012.

¹⁷² Entre 300 et 450 euros, selon le chef d'un des trois quartiers, lors d'un entretien le 15 juillet 2012.

nature ayant aussi horreur du vide, quand quelqu'un abandonne l'autre s'installe. Et on trouve aussi aujourd'hui les moyens de faire une extension, c'est l'extension là qui est dangereuse, on se sert des déchets ménagers, on fout ça dans le lac, on fout ça dans le lac et on essaie de gagner quelques mètres, on fait couvrir le sable de mer qui est à côté et déjà on a une maison, on a une maison »¹⁷³.

Les services des employés d'organisation de collecte sont sollicités pour fournir les déchets aux habitants des berges de la lagune et du lac, qui les rachètent à 500 Fcfa¹⁷⁴ le voyage par tricycle. Les déchets collectés dans des quartiers de la ville sont acheminés sur ces sites et directement déversés sur les superficies délimitées. Il faut plusieurs dizaines de voyages pour pouvoir combler complètement la surface délimitée et y ériger des habitations. Ces pratiques se retrouvent dans la plupart des quartiers de la berge lagunaire, notamment dans notre zone d'étude. Dans certains d'entre eux, les populations y ajoutent du sable lagunaire pour rendre l'espace plus propre. Cette stratégie est très nette dans le quartier Gankpodo, situé à l'est d'Agbato, et dont la berge accueille des populations Gouns venues des villages lacustres de la vallée de l'Ouémé, située au sud-est du pays, et spécialisées dans l'exploitation du sable lagunaire. Ainsi utilisent-elles ce sable pour embellir leur espace de vie¹⁷⁵.

¹⁷³ Entretien du 15 juillet 2012 avec le chef du quartier Enagnon.

¹⁷⁴ Soit environ 0.76 centime d'euro. Cette information est obtenue lors d'échanges avec des personnes qui pratiquent de tels usages des déchets, en juillet-août 2012.

¹⁷⁵ observation de terrain, août 2012.

Photo 8 : Processus de remblaiement du lac à Gankpodo



Cette photo montre le processus de remblaiement d'une portion du lac Nokoué avec des déchets acheminés par un tricycle. Cette portion de l'eau est délimitée avec des moustiquaires usagées. Une habitation y sera construite plus tard, comme c'est déjà le cas sur la « parcelle » voisine.

Source: Fousséni, enquête de terrain 2015

L'espace lagunaire une fois comblé, les populations sollicitent la validation par signature, par le chef du quartier, d'une convention de vente établie entre elles et les « vendeurs ». Certains élus ont reconnu avoir apposé leur signature, alors que d'autres estiment être en désaccord avec une telle pratique de vente du domaine public. « ... *Oui, les gens qui sont là bas, certains ont fait la chose là auprès des propriétaires terriens. Ils ont acheté, mais moi je n'ai pas signé, ils viennent me voir pour leur signer les conventions de vente, je dis non : le domaine là c'est pour l'Etat, et je leur dis qu'un jour à l'autre l'Etat viendra prendre sa place. Comme ils ont acheté chez les propriétaires terriens, ils ont construit et ils ont loué ça et ils perçoivent les loyers* »¹⁷⁶. Ces propos sont corroborés par un autre chef de quartier qui décrit une pratique similaire : « *Ce truc a pris de l'ampleur, on a terminé notre lotissement en... 2005. C'est en 2005 que les gens, on a dit les gens n'ont qu'à quitter là, certains sont là, ils ont commencé encore par s'installer là. Maintenant c'est difficile pour l'État, mais presque tous les anciens qui étaient là ont été dédommages et ont reçu des parcelles loties de ce côté [partie régulière du quartier]. Dans ma von*¹⁷⁷, je peux compter 1 2 3. A., il est là maintenant, il était là bas, C. P. il était là bas, il est ici, les deux par exemple n'ont pas laissé

¹⁷⁶ Propos du chef du quartier Kpankpan, lors d'un entretien le 2 août 2012.

¹⁷⁷ VON: voie orientée nord. Ce terme est utilisé pour désigner une rue.

l'ancienne place initiale, ils continuent d'utiliser l'ancienne place et ont construit sur la nouvelle. Ils font des habitations précaires là bas, ils louent et c'est ça qui fait que le quartier est devenu un quartier dortoir. Et les matins quand vous rentrez, c'est comme si c'est des chauves-souris qui sortent de leurs... [rire]; à 6h30, 7h il fallait voir comment le monde sort, on dirait qu'il y a une bombe ou un marché, je ne sais pas si vous l'avez constaté ce matin, c'est dit hein, ça sort comme une bombe là, on dit c'est quoi, ils sortent d'où là ? »¹⁷⁸. Il s'agit manifestement d'enjeux économiques et fonciers qui mobilisent les déchets à des fins d'aménagement urbain.

Cette fonction des déchets urbains nous conduit à en relire voire relativiser la notion même. Le déchet, un objet *a priori* destiné à l'abandon, objet marginalisant (Debout, 2012), recouvre ici une valeur symbolique et même monétaire, non seulement pour des populations en quête d'espace à habiter, mais aussi pour des agents des organisations de pré-collecte. Cette pratique offre à ces derniers, d'une part, la possibilité de décharger des déchets collectés dans la ville, et leur procure, d'autre part, des recettes additionnelles. Cet usage des déchets dans les quartiers défavorisés des berges du lac Nokoué et de la lagune de Cotonou fait écho à l'analyse, faite par Sabine Barles (2005) en France, du processus de valorisation des déchets urbains dans la période pré-industrielle (1790-1890). En effet, les déchets urbains, solides et liquides, étaient utilisés comme matières premières dans l'agriculture et l'industrie, au point qu'une valeur économique leur était associée, du fait de leur recyclage. Cette dimension « ressource » du déchet est également mis en avant par Jérémie Cavé (2015, p. 80) à Vitória au Brésil. Dans cette ville, les « catadores », hommes peu instruits, en manque d'emploi et de logements, parcourent les rues pour dénicher les déchets revendables. Ils ramassent dans leurs chariots ou sacs, des papiers-cartons, des plastiques, des métaux et des verres, destinés à la revente et au recyclage. Mais on ne peut strictement parler de recyclage dans le cas qui nous occupe. Même si les populations des quartiers défavorisés concernés enfouissent les déchets, cette pratique ne constitue pas en soi un recyclage. Selon l'Union Européenne, le recyclage est considéré comme « *toute opération dont le résultat principal est que les déchets servent à des fins utiles en remplaçant d'autres matières qui auraient été utilisées à une fin particulière, ou que des déchets soient préparés pour être utilisés à cette fin, dans l'usine ou dans l'ensemble de l'économie. Le recyclage des déchets vise donc leur valorisation afin de préserver l'environnement de leur rejet, ou de substituer les produits chimiques utilisés par exemple dans l'agriculture par des produits transformés et moins polluants, ou aussi de*

¹⁷⁸ Propos du chef du quartier Enagnon, entretien du 31 juillet 2012.

produire de l'énergie renouvelable en substitution de celle fossile » (cité par Tounkara, 2015, pp. 110-111). Le recyclage des déchets s'inscrit donc dans la logique d'une gestion durable de l'environnement. Or, la « durabilité » est remise en cause dans le cas de Cotonou, car les espaces aquatiques comblés perdent progressivement leur surface, et les déchets rejetés sont néfastes à la faune aquatique (Badahoui *et al.*, 2009).

Ces pratiques reposent sur des enjeux fonciers et la nécessité pour les populations de satisfaire les besoins, en profitant des possibilités qu'offre leur milieu. Elles laissent donc très peu de place aux préoccupations d'une gestion environnementale durable. En effet, les enjeux fonciers sont très présents dans les quartiers de la berge de la lagune et du lac à Cotonou. Les déchets étant un matériau d'« aménagement » des berges, puisqu'ils permettent leur remblaiement pour fabriquer de l'espace habitable, ils ne peuvent être soumis à tout autre système visant à les évacuer hors des quartiers, comme le recommande le Code. Dans la ville de Mopti, ces enjeux fonciers ont fait échouer des projets de gestion urbaine, notamment la mise en réserve de zone de lagunage qui s'est heurtée aux stratégies de conquête de l'espace par les familles de notables (Dorier-Apprill, 2002).

Quant à l'assainissement des excréta, il repose sur des initiatives autonomes et individuelles en l'absence d'une gestion collective. Deux systèmes de gestion des excréta sont identifiés dans les trois quartiers, fortement déterminés par la proximité de la nappe phréatique. Il s'agit des latrines à fosse, privées ou publiques, et des latrines sur pilotis, essentiellement publiques. On peut évoquer la présence d'un troisième système, qu'on retrouve essentiellement dans les habitats modernes. Ce sont des sanitaires avec chasse d'eau. Ce type d'ouvrage est plus utilisé dans le quartier Kpankpan, et son existence traduit une fois encore le statut socio-économique de ce quartier, mieux loti en infrastructures d'assainissement des excréta. Cela explique aussi la faible incidence du choléra dans ce quartier, car les matières fécales sont correctement évacuées au niveau de tels ouvrages.

Les infrastructures courantes d'évacuation des excréta dans les milieux défavorisés sont des latrines à fosse. Il s'agit de latrines de type traditionnel construites avec une fosse plus ou moins profonde recouverte d'une dalle. Un tuyau sert à son aération. Les latrines sont recouvertes d'une structure pour préserver l'intimité des usagers. Elles sont installées à l'entrée des concessions et sont destinées à l'usage des occupants de celles-ci. La plupart des maisons construites à titre locatif en disposent. Il s'agit de latrines que nous qualifions de privées, parce qu'elles sont réservées à l'usage exclusif d'une concession. Certains acteurs

intervenant dans la promotion de l'assainissement parlent de « latrines familiales », en référence au fait qu'elles sont utilisées par des collectivités familiales surtout dans les milieux ruraux. Mais, en ville, même s'il existe encore des habitations occupées par des collectivités familiales, les logements collectifs sont habités par des locataires qui n'ont pas forcément un lien de parenté. Ces locataires utilisent des latrines construites pour répondre à leurs besoins. Dans ces conditions, il ne semble pas exact de parler de latrines familiales. C'est pourquoi nous préférons les désigner en termes de latrines privées. Elles se retrouvent dans les trois quartiers étudiés.

Dans le quartier Enagnon, les latrines privées à fosse sont installées dans la plupart des habitations familiales sur la partie régulière du quartier, occupées essentiellement par leurs propriétaires. Mais on observe quelques îlots au centre du quartier qui en sont dépourvus, bien qu'ils ne disposent pas de latrines modernes. Il s'agit essentiellement des logements mis en location. Kpankpan est le quartier le mieux desservi en latrines privées à fosse : la plupart des habitats semi-modernes de la partie lotie en disposent ; et le quartier Agbato est le moins pourvu : comme nous l'avons déjà mentionné, ce quartier est caractérisé par une majorité d'habitations précaires pour lesquelles ce type d'infrastructure n'est pas installé.

Tableau 36 : Fréquence de latrines à fosses privées dans les trois quartiers

Quartiers	Population en 2010	Nombre de latrines privées à fosse	Fréquence de latrines privées à fosse pour 1000 habitants
Agbato	7 972	22	2,76
Enagnon	15 291	110	7,19
Kpankpan	7 320	84	11,47
Total	30 583	216	7,06

Source : Enquête de terrain, 2014

L'insuffisance des latrines privées à fosse est comblée par des latrines du même type, destinées à l'usage de tout le quartier. C'est pour cela que les populations les qualifient de « publiques »¹⁷⁹. Les usagers paient une somme forfaitaire de 50 Fcfa en moyenne par passage. La gestion est en général confiée à une femme qui assure la perception des frais de passage à l'entrée des latrines, comme c'est le cas à Enagnon (Observations de terrain, juillet-août 2012, 2013).

¹⁷⁹ Le terme « public » utilisé n'a rien à voir avec la nature de l'acteur ou de la personne qui a financé la construction des latrines. Que cet acteur soit public ou privé, la latrine devient publique dès lors qu'elle est destinée à l'usage de l'ensemble de la population des quartiers, et non à celui d'une concession ou d'un ménage restreint, sous certaines conditions.

C'est à Enagnon qu'on retrouve le nombre le plus important de latrines publiques à fosse ventilée. En 2011, il existait dans ce quartier environ quinze cabines de latrines publiques, réparties dans trois modules, pour une population estimée à plus de 15 793 habitants¹⁸⁰. A Kpankpan, les latrines publiques à fosse existent dans la partie irrégulière du quartier. Il en existe trois, mais elles sont très peu fréquentées car la plupart des résidents ont des latrines à domicile. Le quartier Agbato ne disposait, en 2011, que d'une seule latrine publique à fosse. Elle était installée par l'église protestante. On y trouve également une autre latrine publique, installée par l'église catholique, juste à côté de l'entrée principale de la paroisse du quartier. Contrairement à celle de l'église protestante, cette dernière est une latrine de type moderne avec de l'eau courante. Elle est appelée ici latrine sanitaire. Les usagers peuvent chasser les matières fécales avec de l'eau. Il y existe aussi un poste de lave-mains. C'est donc une latrine plus hygiénique et d'un usage plus confortable.

¹⁸⁰ C'est l'effectif de la population de ce quartier en 2011 d'après les chiffres obtenus à la coordination de la zone sanitaire Cotonou II/III.

Tableau 37 : Fréquence de latrines publiques à fosse dans les quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan

Quartiers	Population en 2010	Nombre de cabines de latrines publiques à fosse	Fréquence des latrines publiques à fosse pour 1000 habitants
Agbato	7 972	3	0,37
Enagnon	15 291	25	1,63
Kpankpan	7 320	4	0,54
Total	30 583	32	1,04

Source : Enquête de terrain, 2014

L'observation des cartes de la répartition spatiale des ménages cholériques dans les trois quartiers montre que les latrines à fosses privées et publiques sont installées essentiellement sur la partie lotie. Les contraintes physiques, liées à la nappe phréatique affleurant, empêchent la construction de tels ouvrages sur les sites irréguliers proches des berges. Mais le quartier Kpankpan fait exception, car on retrouve les deux latrines publiques à fosse sur la partie non lotie ; dans ce cas, elles ont été surélevées.

Par ailleurs, au nombre des infrastructures utilisées pour l'évacuation des matières fécales dans les quartiers de la berge, se trouvent les latrines sur pilotis. Elles constituent une mesure palliative des carences en ouvrages d'assainissement des excréta dans les quartiers riverains du lac et de la lagune. Il s'agit de passerelles érigées sur l'eau avec des poteaux en bois ou en béton par endroit. Elles sont construites par des acteurs privés habitant dans ces quartiers. Le chef du quartier Enagnon décrit ce type de latrines en ces termes : « ... *et des latrines sur pilotis, c'est ça, voilà le grand problème, c'est-à-dire on fait des bois, on fait des bois, on prolonge un peu et les gens essaient d'emprunter comme escalier et on va déféquer directement dans le lac, on va directement déféquer dans le lac...* »¹⁸¹. Les feuilles de tôle ou les branches de palme servent à séparer les cabines. Là, l'intimité est protégée des regards indiscrets pendant que les usagers défèquent directement dans l'eau. Les populations doivent payer un montant forfaitaire¹⁸² par passage pour y accéder.

¹⁸¹ Propos du chef de quartier Enagnon, lors d'un entretien le 15 juillet 2012.

¹⁸² Le droit de passage est fixé à 25 Fcfa.

Photo 9 : Latrine sur pilotis dans le quartier Agbato



Il s'agit de la plus grande latrine sur pilotis du quartier Agbato. Elle repose sur des piliers en béton et comporte plus d'une vingtaine de cabines.

Source : Fousséni, enquête de terrain, 2013.

Le protocole d'accès est simple. Les usagers se font annoncer auprès du gérant, qui tient son bureau juste à l'entrée de la passerelle. Celui-ci leur donne du papier contre paiement de la somme exigée. Le paiement peut aussi être effectué après avoir profité du service. Le papier utilisé ici provient soit des journaux récupérés çà et là, ou encore des anciens cahiers déjà utilisés, rachetés auprès d'écoliers ou d'élèves. Après le paiement des frais de passage, les usagers des latrines sur pilotis choisissent leur cabine en fonction des disponibilités. La recette journalière tourne autour de 6 500 Fcfa (environ 10 euros) au niveau de la latrine la plus fréquentée, d'après les informations recueillies (Observations de terrain et échanges avec le gérant de cette latrine, juillet-août 2012, 2013).

Les latrines publiques sur pilotis existent dans les trois quartiers étudiés, mais avec une ampleur inégale. C'est à Agbato qu'on retrouve les plus grandes initiatives en la matière, avec des latrines érigées sur le lac Nokoué, pouvant avoir jusqu'à vingt cabines. On y rencontre des personnes quittant les parties régulières de ces quartiers pour y déféquer. 12 personnes sur 19 enquêtées à Agbato fréquentent une latrine sur pilotis. L'attrait de ce type de latrine s'explique, selon les usagers, par le fait qu'il est plus hygiénique que les autres dont ils disposent dans leur quartier respectif. Les matières fécales qui y sont rejetées suivent les courants d'eau et ne stagnent pas, du moins au niveau de celles qui sont bien construites.

Nous avons identifié 8 latrines sur pilotis dans le quartier Agbato. Enagnon dispose d'une seule, du fait de sa géographie plutôt côtière. Il est impossible d'ériger un tel ouvrage dans l'océan. A Kpankpan, il en existe quelques-unes, plutôt de petites dimensions. La plus célèbre de celles-ci est sans doute une latrine « hybride » constituée d'une infrastructure typique de latrine à fosse. Elle est faite de murs en ciment et recouverte de feuille de tôle. Sa particularité est qu'elle est érigée au bord de l'eau et que les matières fécales sont déversées dans la lagune grâce à un tuyau. Cette stratégie permet à son propriétaire de faire la vidange automatique de sa latrine¹⁸³ (observation de terrain, juillet-août 2013).

Dans les quartiers Enagnon et Kpankpan, les latrines sur pilotis sont utilisées presque exclusivement par les habitants de la partie irrégulière.

Tableau 38 : Fréquence de latrines publiques sur pilotis dans les trois quartiers en 2011

Quartiers	Population en 2010	Nombre de latrines publiques sur pilotis	Fréquence de latrines publiques pour 1000 habitants
Agbato	7 972	8	1
Enagnon	15 291	1	0,06
Kpankpan	7320	2	0,27
Total	30 583	11	0,35

Source : Enquête de terrain, 2014

Enfin, les populations des quartiers étudiés défèquent aussi sur la plage et dans les collecteurs d'eau, en dehors des dispositifs suscités. Dans le vaste bidonville de la plage d'Enagnon, le quartier le plus touché par le choléra dans la zone sanitaire Cotonou II/III, la plage est le lieu de défécation privilégié des populations qui y vivent (observation de terrain, juillet-août 2013).

¹⁸³ Informations fournies par notre guide de terrain dans le quartier Kpankpan, et appuyées par des habitants, lors de notre enquête de terrain en juillet 2013.

Photo 10 : un enfant déféquant sur la plage dans le quartier Enagnon



Un enfant défèque au bord de la mer, avec à côté de lui un récipient dans lequel il a transporté les déchets, qu'il a déversés sur un dépotoir de la plage

Source : Fousséni, 2015

Il n'existe aucune latrine dans cette partie du quartier. Un tel site ne peut abriter des ouvrages d'assainissement des excréta, à moins que de lourds investissements financiers soient faits. Dans ces conditions, et surtout à la faveur de la nuit tombée, la plupart des habitants, petits et grands, défèquent sur la plage. Ces usagers de la plage descendent au bord de l'eau afin de permettre aux vagues d'eau d'emporter leurs matières fécales aussitôt qu'elles sont rejetées. C'est aussi le moyen pour eux de voir effacer la preuve de leur acte.

Il faut signaler, toutefois, que cette pratique a été interdite par le chef du quartier depuis 2013. Ainsi, les populations habitant la plage se sont orientées désormais, du moins dans la journée, vers la latrine sur pilotis. Un tel changement de comportement n'est pas évident la nuit. Il est impossible au chef du village de contrôler les pratiques qui ont cours dans cette partie du quartier la nuit. Des gens continuent de déféquer sur la plage, car ils ne paient rien, alors que la fréquentation de latrines sur pilotis nécessite le paiement du tarif exigé.

Les résidents de la partie irrégulière du quartier Kpankpan défèquent aussi dans les caniveaux qui servent à l'évacuation des eaux usées et pluviales (observation de terrain, juillet-août 2012, 2013). Ce phénomène est observable à Kpankpan car c'est le seul des trois quartiers qui dispose de ce genre de collecteur. Il n'en existe pas à Agbato, ni à Enagnon. Quelques

individus profitent de la tombée de la nuit pour déféquer dans ce collecteur d'eau à ciel ouvert. En saison des pluies, les matières fécales ainsi déposées sont évacuées par l'eau de ruissellement, pour être déversées dans la lagune. Les eaux usées domestiques y sont également régulièrement déversées, et jouent un rôle dans l'évacuation vers la lagune.

Toutes ces pratiques montrent que l'assainissement des déchets et des excréta constituent une question épineuse dans les quartiers étudiés. Ces problèmes existent dans plusieurs villes africaines où l'urbanisation rapide est accompagnée de rejets solides et liquides nuisibles pour la santé (Zoa, 1995 ; Dorier-Appril, 2002 ; Nguendo *et al.*, 2008 ; Sy *et al.*, 2011). Ces pratiques locales tendent à combler les carences dans les infrastructures d'assainissement adéquates. Si la concentration de la contamination aux maladies diarrhéiques s'explique par le faible niveau d'équipement en services d'assainissement, elle peut être également liée aux comportements d'hygiène adoptés par les populations (Sy *et al.*, 2011, p. 57). Les dispositifs d'assainissement autonomes mis en place dans les différents quartiers de la ville ne sont pas seulement des commodités ; ils peuvent être aussi considérés comme des nuisances, du fait des risques sanitaires qu'ils font courir aux citoyens (Nguendo *et al.*, 2008, p. 4). Ils sont en partie liés aux représentations du propre et du sale, qui opèrent une césure entre les espaces corporel et domestique, objets d'attention, et l'espace public impersonnel. Cette perception de l'espace tend à ignorer le lien entre l'espace public et la santé.

Toutefois, l'ouverture à la ville par l'activité professionnelle peut être source de changement dans la perception du lien entre santé et cadre de vie, et modifier ainsi le rapport au propre et au sale. On peut retenir l'exemple d'une jeune femme de 26 ans, ayant un niveau d'études secondaires et travaillant comme femme de ménage dans une entreprise à l'extérieur du quartier. Selon elle, la propreté est non seulement corporelle, domestique mais aussi péri-domestique¹⁸⁴. Elle mobilise ainsi des acquis liés à sa profession de femme de ménage dans sa perception de la propreté et de la saleté. On retrouve également cette perception élargie de la propreté incluant l'espace public dans les propos d'un jeune homme de 29 ans, de niveau d'éducation primaire et commerçant. Son activité professionnelle constitue pour lui un moyen de mobilité quotidienne en dehors du quartier et même de la ville de Cotonou. « *Je ne mange pas dans cette zone car le quartier est très sale. Je mange toujours en ville avant de rentrer* »¹⁸⁵. La pratique de la ville ou d'une activité professionnelle en lien avec le nettoyage

¹⁸⁴ Entretien du 19 juin 2013.

¹⁸⁵ Entretien du 24 juin 2013.

peut donc modifier le rapport au propre et au sale, initialement déterminé par l'environnement physique et social de socialisation.

La variation du choléra dans les quartiers étudiés et à l'intérieur de ceux-ci peut être mise en corrélation avec les pratiques locales d'assainissement des déchets.

D'abord, les dépotoirs contiennent des matières en putréfaction qui favorisent le développement du vibron cholérique. Ils sont le lieu privilégié de défécation pour les enfants, car ces derniers ne peuvent pas faire leurs besoins dans les latrines traditionnelles du fait du risque qu'ils y tombent.

Photo 11 : Un enfant sur un dépotoir d'ordures à Enagnon



Cette photo montre un enfant jouant sur un dépotoir de déchets après y avoir déféqué.

Source : Fousséni, 2015

Par ailleurs, dans un contexte d'insuffisance de latrines, des adultes profitent de l'obscurité de la nuit pour déféquer sur ces dépotoirs afin d'économiser le tarif des latrines publiques¹⁸⁶. Ainsi ces dépotoirs accumulent-ils, en plus des ordures, des matières fécales et deviennent un danger cholérique potentiel (observation de terrain, juillet-août 2012, 2013). Sur les cartes du choléra dans les quartiers Agbato et Enagnon, on observe la présence de dépotoirs d'ordures à proximité du domicile de certains malades. Le chef du quartier Enagnon fait bien le lien entre la défécation sur les dépotoirs et le choléra en ces termes : « ... *on jette les ordures un peu*

¹⁸⁶ Informations obtenues auprès de jeunes dans le quartier Enagnon, lors d'un échange en août 2013.

partout et ça devient des tas d'ordures et ça sert à des lieux où on défèque à tout moment, et en faisant ça, nous-mêmes on salit notre environnement, c'est autour de nous. Je ne sais pas si c'est... de l'incivisme qui fait ça, si l'État doit chaque fois faire des descentes pour les sensibiliser, donner des leçons à la population, petit comme grand, qu'ils cessent de salir eux-mêmes leur environnement, sinon le choléra va toujours continuer parce que avec tout ça là, ça appelle les mouches, ça multiplie les moustiques et eux ils trimballent ces microbes dans les foyers et c'est fini, la maladie est là »¹⁸⁷.

L'importance de l'incidence des maladies diarrhéiques à proximité des zones de pollution, dont les décharges sauvages, a été déjà montrée dans d'autres villes africaines, comme Rufisque au Sénégal (Sy *et al.*, 2011, p. 57). Dans le quartier Enagnon, 2 ménages de malades sur 6 ont une décharge à proximité. A Kpankpan, 5 ménages de malades cholériques sur 8 sont situés à proximité des dépotoirs.

Si quelques malades ont pu contracter le choléra du fait de la présence de dépotoirs d'ordures aux alentours de leur domicile, on peut constater que ce n'est pas le cas dans la grande partie des trois quartiers. La contamination a donc pu se faire en raison d'une autre source ; il s'agit de latrines à fosse.

Si des malades cholériques se retrouvent à proximité des dépotoirs d'ordures contenant des matières en putréfaction, notamment sur la partie irrégulière des quartiers, ils sont également présents en grand nombre sur les parties régulières sur lesquelles les latrines à fosse sont installées. Ce type de latrines joue un rôle dans la dissémination du choléra en raison de l'accumulation des matières fécales observée. Mais l'effet des latrines à fosse est contrasté selon qu'il s'agit de latrines privées ou publiques. Les nuisances sanitaires qu'elles occasionnent sont liées à leur degré d'insalubrité et de fréquentation.

Les latrines publiques sont pour la plupart réalisées soit par des ONG dans le cadre de projets mis en œuvre dans les quartiers défavorisés, soit par le ministère de la Santé publique, à travers la direction de l'hygiène et de l'assainissement de base (DHAB), soit enfin par la municipalité de Cotonou. Dans le quartier Enagnon, *« il y a deux latrines publiques. La première, c'est le ministère de la Santé qui nous a ramené ça au temps du ministre Véronique Lawson, [puis après] ils ont réalisé encore une à la frontière de Midombo et Kpankpan »*¹⁸⁸. Selon le chef de ce quartier, la participation financière des populations fréquentant des latrines

¹⁸⁷ Propos du chef du quartier Enagnon, entretien du 15 juillet 2012.

¹⁸⁸ Propos du chef du quartier Kpankpan, entretien du 16 juillet 2012.

publiques a permis de mobiliser le financement d'une troisième à la frontière avec le quartier Midombo, au sud-est de Kpankpan. Dans le quartier Enagnon, l'initiative des latrines publiques est plutôt l'œuvre des ONGs. *« Les latrines publiques, il y en a et c'est par le biais des ONGs qu'on a commencé par recevoir la construction de ces latrines là, à savoir l'ONG RACINES¹⁸⁹ surtout. C'est l'ONG RACINES qui est arrivée et qui a commencé par construire des latrines... »¹⁹⁰.*

En général, l'engouement pour ces ouvrages dure le temps du projet. La pérennisation n'est pas souvent bien assurée¹⁹¹. A la fin des projets, la gestion des ouvrages est transférée à une structure locale. Un montant forfaitaire de 50 Fcfa est exigé par passage dans le but d'assurer leur entretien. La gestion des latrines publiques est confiée aux élus locaux, le chef du quartier et le chef d'arrondissement. Ceux-ci recrutent une femme qui est chargée de percevoir les frais de fréquentation et d'entretenir les ouvrages. Mais, dans l'ensemble, les latrines publiques sont mal entretenues, et dégagent des odeurs pestilentielles (observation de terrain, juillet-août 2012, 2013). Parfois, les populations riveraines leur deviennent hostiles. Des habitants du quartier Enagnon ont dû en fermer une, en réaction à son mauvais entretien et la propagation d'odeurs nauséabondes. Trois modules de latrines publiques sont encore fonctionnels dans le quartier et fréquentés majoritairement par les habitants de la partie régulière. *« Il y en aurait eu plus que ça, parce que, en plus d'une latrine qui s'est effondrée, les riverains en ont eux-mêmes fermé deux par le sable marin, parce qu'ils ne voulaient plus qu'on installe ce genre de truc à côté »¹⁹².* Cette manifestation des populations s'explique donc par l'état de délabrement dans lequel se trouvent la plupart de ces ouvrages : *« Vous savez, quand le truc est dans un projet, le suivi est fait, mais quand le projet termine et que c'est nous-mêmes les autochtones qui reprenons la gestion, c'est toujours bâclé. Vous avez des latrines aujourd'hui dont vous ne pouvez pas vous en servir, parce que vous ne pouvez même pas, c'est mal entretenu si bien que, quand vous ressortez, la tenue que vous portez garde l'odeur pendant toute une semaine. Je suis là, je ne peux pas vous mentir, je parle directement, le relais communautaire est là [pointant mon accompagnateur], vous voyez »¹⁹³.*

¹⁸⁹ ONG œuvrant dans les domaines de l'éducation et de la santé au Bénin. Pour plus d'information, se rendre sur le site www.ongracinesbenin.org

¹⁹⁰ Extrait d'un entretien avec le chef du quartier Enagnon, le 15 juillet 2012.

¹⁹¹ Selon le chef du quartier, entretien du 15 juillet 2012.

¹⁹² Propos du chef du quartier Enagnon, entretien du 15 juillet 2012.

¹⁹³ Extrait d'entretien du 15 juillet avec le chef du quartier Enagnon.

Photo 12 : Latrine à fosse publique à Enagnon



Latrine publique dans le quartier Enagnon. On aperçoit les taxis motos qui la fréquentent, et la gestionnaire en cours d'entretien, avec un balai à la main.

Source : Fousséni, enquête de terrain 2013

Cette puanteur traduit la situation sociale et sanitaire délétère des quartiers défavorisés. Car l'odeur putride est un symbole de la ville malade et un objet de distinction sociale, comme le montre Alain Corbin (1982) dans son étude de l'histoire de l'odorat aux XVIII^e et XIX^e siècles. En effet, la ville de Paris est marquée au XVIII^e siècle par une multitude de « pôles » d'émanations putrides comme, entre autres, le sol, les marais, les rivières polluées traversant la ville, et surtout la « stagnation excrémentielle » dans les fosses d'aisance. La puanteur caractérise aussi des lieux où règne la promiscuité, comme par exemple la prison avec des prisonniers entassés, l'hôpital qui dégage une odeur suffocante où se mêlent sueur de malades, crachat et sanies coulant des plaies, etc. Mais la puanteur de excrémentielle est la plus redoutée, et avec les autres lieux d'exhalaison putride, favorise l'éclatement d'épidémies.

On peut alors comprendre le rôle que les latrines insalubres des quartiers défavorisés de la berge lagunaire de Cotonou peuvent jouer dans la propagation du choléra. Le vibron cholérique se développe dans l'intestin de la personne contaminée et est rejetée par les selles et les vomissures. Ces latrines accueillent les fèces de personnes malades et même de celles en état de parasitisme latent. On a pu relever dans la presse des témoignages de certains malades à ce sujet : « *Je suis venue ce matin* [dans le centre de santé d'Ayélawadjè].

L'épidémie a commencé le samedi matin. Je suis allée au WC et c'est rien que de l'eau. Et cela me fatiguait. J'ai commencé tout juste après par vomir »¹⁹⁴.

Sur la carte de la répartition des malades cholériques dans le quartier Enagnon, on constate une concentration des malades dans des lots d'habitation au centre du quartier, qui ne disposent pas de latrines privées à fosse, et qui recourent donc à celles qui sont publiques. C'est également le quartier qui abrite le plus grand nombre de latrines publiques à fosse, aussi délabrées les unes que les autres, en même temps qu'il est le plus touché par le choléra.

Dans le même sens, la latrine publique à fosse ventilée de l'église protestante dans le quartier Agbato a fait l'objet d'une protestation des habitants du quartier, car l'odeur qu'elle dégageait envahissait tous ses environs. Selon les habitants du quartier, son entretien et les vidanges périodiques n'étaient pas assurés¹⁹⁵. Poussées à bout par son odeur pestilentielle, les populations avoisinantes ont fini par obtenir sa fermeture. Au cours de notre enquête de terrain en août 2013, cette latrine a été transformée en une latrine sanitaire comme celle de l'église catholique. Même si le tarif de fréquentation est passé aussi de 25 à 50 Fcfa, elle présente aujourd'hui une meilleure hygiène.

On peut estimer que la latrine publique à fosse a joué également un rôle dans la dissémination du choléra dans le quartier Agbato, si l'on considère que 3 des 7 malades retrouvés dans ce quartier la fréquentaient régulièrement, et que les ménages de l'ensemble des malades cholériques de ce quartier se trouvent aux alentours de cette latrine publique.

Si les latrines publiques à fosse favorisent la propagation du choléra du fait de leur insalubrité, les latrines privées à fosse présentant le même état peuvent également jouer ce rôle. L'état de ce type d'ouvrage peut être déterminé non seulement par la nature du sol, mais aussi par son niveau d'entretien. Du fait que la nappe phréatique affleure, leur profondeur varie entre 2 et 3 mètres, notamment dans le quartier Kpankpan¹⁹⁶. Les fosses sont remontées par quelques briques au-dessus du sol avant la pose de la dalle.

¹⁹⁴ *L'Informateur* du jeudi 26 août 2010.

¹⁹⁵ D'après les informations recueillies auprès des riverains de cette latrine en août 2013.

¹⁹⁶ Données recueillies par questionnaire en juillet-août 2013.

Photo 13 : Latrine privée dans une concession à Kpankpan



Latrine privée à fosse dans une concession de 8 appartements dans le quartier Kpankpan. A l'approche, une odeur pestilentielle traduit son mauvais entretien

Source : Fousséni, enquête de terrain 2013

Dans le quartier Kpankpan, les habitations de type locatif comportent plusieurs appartements. On peut trouver jusqu'à huit appartements par concession (observation de terrain, juillet-août 2012, 2013). Tous les habitants de la concession utilisent donc la même latrine. Cependant, elles ne sont pas toujours bien entretenues. Les propriétaires perçoivent, en plus du loyer, un montant qui serait réservé à la vidange de latrine. Dans la réalité, la plupart des propriétaires ne le font pas¹⁹⁷. Les résidents sont exposés à l'accumulation de matières fécales. Au cours des travaux de terrain, nous avons vu des latrines suinter des réservoirs et les matières fécales à l'air libre. Par ailleurs, ces latrines nécessitent un entretien quotidien de la part des usagers. Mais du fait qu'elle est utilisée par toute la concession, il n'existe pas un système collectif d'entretien. Elles peuvent donc constituer un réservoir de vibron cholérique. Le rôle de ce type de latrine délabrée dans la dissémination du choléra, notamment dans le quartier Kpankpan, se révèle davantage par le fait qu'au nombre des personnes malades, il y a plusieurs enfants et des personnes souffrant antérieurement d'autres maladies. Sur 11 malades cholériques enquêtés dans ce quartier, 6 ont entre 0 et 7 ans, avec 4 âgés entre 0 et 5 ans. 2 des 11 individus étaient des malades alités. 8 malades cholériques sur les 11 sont donc des personnes dont le cadre de vie est essentiellement limité à l'espace domestique du fait de leur

¹⁹⁷ Informations obtenues auprès des locataires d'appartements dans le quartier Kpankpan, au cours des enquêtes de terrain en juillet 2012.

âge ou de leur pathologie. Cette même situation a été observée dans la ville de Yaoundé, où 68,2% des ménages utilisant des latrines cimentées sans cuvette ni chasse d'eau abritaient des enfants de 16 à 59 mois, souffrant de maladies diarrhéiques (Nguendo *et al.*, 2008, p. 7). La carte du choléra dans le quartier Kpankpan présentée plus haut montre d'ailleurs clairement que plusieurs malades vivent dans des concessions disposant de latrines à fosse.

Toutefois, l'existence de latrines privées diminue la pression et le risque d'accumulation de matières fécales en un seul point. Elle réduit l'exposition d'un grand nombre de personnes, et donc le risque de contamination massive, contrairement aux latrines publiques à fosse. C'est d'ailleurs pour cette raison que Kpankpan, qui a une fréquence de 11,47 latrines privées à fosse pour 1000 habitants, est mieux préservé du choléra qu'Enagnon, qui n'en possède que 7,19 ; ou même qu'Agbato, avec une fréquence de 0,37 pour 1000 habitants. Dans ces deux derniers quartiers, l'infection provient essentiellement des latrines publiques à fosse.

Par ailleurs, les latrines publiques sur pilotis ont un rôle limité dans la propagation du choléra. Cela s'explique par le fait qu'au niveau de la plupart des latrines sur pilotis, les matières fécales ne sont pas exposées à l'air libre à l'action des vecteurs. Elles sont déversées dans l'eau et emportées par les vagues. Il ne s'agit pas de dire que de telles pratiques n'ont aucune conséquence. Nous avons pu observer que l'état de ces latrines publiques sur pilotis peut être modifié lorsqu'elles côtoient des dépotoirs d'ordures. Dans ce cas, les populations défèquent aussi sur les tas d'ordures. Et on peut retrouver des matières fécales à l'entrée de ces latrines sur pilotis. Ainsi, l'état de certaines d'entre elles, à Agbato et Enagnon, a été dégradé par la présence de dépotoirs. Cependant, leur rôle dans la dissémination du choléra apparaît limité. Le quartier Agbato dispose de 8 latrines sur pilotis, soit 1 pour 1000 habitants, et est de loin moins touché qu'Enagnon, qui n'en compte qu'une, soit 0,06 pour 1000 habitants. Toutefois, la présence de latrines sur pilotis peut contribuer à entretenir l'endémicité de la maladie, nous y reviendrons plus loin.

Tout comme au niveau des latrines sur pilotis, les matières fécales rejetées au bord de la mer dans le quartier Enagnon ne sont pas déterminantes dans l'incidence du choléra. Nous avons déjà montré que cette partie du quartier n'a pas enregistré de cas. Cette faible contamination s'explique par le fait que les matières fécales rejetées sont absorbées par les vagues marines déferlantes. Elles ne sont pas exposées longtemps à l'effet des vecteurs.

Malgré l'insalubrité des latrines à fosses et les odeurs qu'elles dégagent, nous avons observé une affluence au niveau de ces latrines. Cela témoigne du rapport à l'odeur, la perception

olfactive fonctionnant aussi comme catégorie sociale, certains groupes sociaux s'accommodant mieux de la puanteur (Corbin, 1985). En plus des excréments, les trois quartiers de Cotonou étudiés sont aussi marqués par des odeurs provenant des activités économiques, la pêche en particulier. Les femmes qui fument le poisson et décortiquent les huîtres, issues de la pêche locale, ne semblent pas être indisposées par l'odeur émanant d'un mélange de coquilles d'huîtres, de fumée et d'immondices (observation de terrain, juillet-août 2013, 2014).

La sensibilité olfactive peut aussi être un facteur de différenciation sociale, comme le montre Alain Corbin (1985), entre les classes élevées et populaires au XVIII^e siècle, marqué par une « révolution olfactive ». En effet, dès le XVIII^e siècle, les élites sont marquées par un affinement de l'odorat, à l'origine d'un certain nombre de changements architecturaux visant essentiellement la circulation de l'air, la recherche de l'air pur dans les appartements à l'étage, le refus de promiscuité dans les logements, etc. Pendant ce temps, les classes populaires affichent leur résistance aux opérations de désodorisation. Dans les quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan, il ne serait pas exact de dire que les populations tolèrent la puanteur. D'une part, les personnes les plus favorisées de ces quartiers, comme des chefs de quartier, ou d'autres encore¹⁹⁸, ont clairement dénoncé l'odeur liée à la stagnation excrémentielle dans les latrines publiques à fosse. Ainsi, ces personnes ne les fréquentent pas. D'autre part, nous avons observé une protestation contre les nuisances olfactives, reposant sur le modèle NIMBY, dans les quartiers Agbato et Enagnon. Des habitants des parcelles à proximité du point de regroupement de la mairie dans le quartier Kpankpan ont plusieurs fois interpellé le relais communautaire du quartier pour le centre de santé d'Ayélawadjè. De même, comme nous le verrons dans le chapitre 7, des riverains de latrines publiques à fosse ont protesté contre les odeurs dans les quartiers Agbato et Enagnon.

Toutefois, ces actions, de faible ampleur, n'ont pas fondamentalement modifié l'atmosphère olfactive de ces quartiers, au point que l'on observe une accommodation à la puanteur. Les populations continuent de fréquenter ces « pôles¹⁹⁹ » de la puanteur, pour reprendre l'expression d'Alain Corbin (1985, p. 25), et de vivre à leur proximité. Les capacités d'action

¹⁹⁸ Citons l'exemple d'une jeune femme de 26 ans, de niveau scolaire secondaire et travaillant comme femme de ménage, qui préfère aller dans les latrines sur pilotis plutôt que dans les latrines à fosse, à cause de leur puanteur (entretien du 19 juin 2013). Les chefs de quartiers disposent quant à eux de latrines à leur domicile.

¹⁹⁹ Dans le cadre de notre étude, ce sont les dépotoirs d'ordures, les latrines à fosse publique et parfois privée, les latrines sur pilotis, les berges du lac et de la lagune, etc.

des populations contre ces odeurs sont limitées par l'illégalité de l'occupation pour certains, et surtout leur responsabilité dans la production de ces nuisances.

6.2 De la contamination du choléra dans des lieux insalubres à sa propagation par contacts interhumains

Le choléra est la maladie des mains sales : les mains constituent un moyen de dissémination dès lors qu'elles sont souillées par les déjections d'un porteur du vibron. La main peut être souillée au niveau des latrines. Ces ouvrages ne sont, du reste, pas dotés de poste de lavemain. Des personnes fréquentant les latrines publiques nous ont déclaré qu'elles se lavent les mains une fois arrivées à la maison. Mais vu la distance qu'elles devront parcourir, la plupart ne le font pas. De plus, dans certains modules de latrines, notamment dans le quartier Enagnon, il est prévu un puits foré à peine à deux mètres de la fosse. Au cours de nos observations, aucun usager n'a eu recours à l'eau de ce puits pour se laver les mains²⁰⁰.

Toutefois, des personnes de religion musulmane se rendent dans les latrines à fosse munies d'eau dans une petite cruche. Cette eau sert plus au rituel religieux de nettoyage qu'au lavage des mains. Les personnes de religion musulmane utilisent l'eau pour faire leur toilette à la main, et sans savon. Cette pratique se rencontre chez les Nigériens, qui sont pour la plupart de religion musulmane. Elle s'appuie sur les catégories du pur et de l'impur, qu'on retrouve chez les Moose. « *La saleté ne s'entend pas uniquement du fait qu'on n'est pas bien lavé chez les Moose, elle est aussi appliqué à celui qui a violé certaines règles en vigueur de la famille ou de la communauté...* » (Le Larlé Naba²⁰¹, cité par Traoré, 2011). Si le pur et l'impur sont la face religieuse du propre et du sale, ces derniers relevant plutôt du profane, il existerait des correspondances entre les conduites d'évitement rituel et celles d'évitement de maladies contagieuses (Douglas [1967], 1992, p. 49). D'une part, les conduites rituelles comportent une dimension hygiéniste. Car certaines pratiques rituelles favorisent la préservation de la santé. Par exemple, l'interdiction de la consommation de la viande de porc chez les musulmans s'expliquerait par sa nocivité dans les pays chauds. Toutefois, si l'hygiène peut être un bénéfice de pratiques rituelles, elle ne semble pas les fonder dans le cadre de notre observation. Car le fait que les personnes musulmanes observées se nettoient à l'eau simple ne suffit pas à éliminer les microbes. D'autre part, les pratiques liées au propre et au sale relevant de l'hygiénisme ont aussi une dimension symbolique, car le propre renvoie à un système

²⁰⁰ Observation de terrain, juillet-août 2012, 2013.

²⁰¹ Un des ministres de l'empereur des Moose.

ordonné, lorsque le sale, débarrassé de sa pathogénie, n'est rien d'autre que ce qui n'est pas à sa place (Douglas [1967], 1992, p. 55).

Mais les personnes fréquentant les latrines à fosses, qui ne se sentent pas concernées par des rituels musulmans, utilisent du papier pour leur nettoyage. Ils récupèrent le papier auprès de la gérante à l'entrée des latrines publiques. Ces papiers non hygiéniques passent de mains en mains dans l'enceinte de ces latrines. Les mains peuvent dans ces conditions être souillées par le vibrion, soit au travers des papiers distribués dans l'enceinte des latrines, ou encore par le fait de se nettoyer, dans le cadre de rituels musulmans. L'inexistence d'un système de lavage des mains à l'eau et au savon constitue un risque de contamination du choléra.

Les personnes ayant contaminé le choléra dans les latrines à fosse sont amenées à le transmettre par contact interhumain. En effet, dans les quartiers étudiés, comme dans l'ensemble de la ville de Cotonou, le mode dominant de salutation consiste à se serrer la main. Ainsi, le vibrion peut-il passer d'un individu à un autre. La célèbre boutade de Jacques Prévert, « *les amibes de nos amis sont nos amibes* » (cité par Bourdelais et Dodin, 1987, p. 79) traduit bien cette possibilité de transmission du vibrion cholérique par des poignées de main. Il existe plusieurs occasions de porter les mains à la bouche : en rongant les ongles comme beaucoup le font, en mangeant des fruits sans se laver les mains, etc. De plus, dans l'ensemble de la ville de Cotonou, les populations mangent de petits cadeaux, des beignets, du pain, sans se laver les mains. C'est un réflexe courant, et cela peut expliquer que le choléra se retrouve dans des quartiers insoupçonnés de la ville. Même si les conditions d'hygiène y semblent satisfaisantes, des habitants de quartiers favorisés peuvent être infectés après avoir serré une main souillée.

Les déplacements quotidiens à l'échelle intra-urbaine peuvent également être des moments de contacts directs entre les malades et les individus sains. Le taxi-moto constitue le mode privilégié de transport urbain à Cotonou. Communément appelés « zémidjan », les conducteurs de motocyclette proposent leurs services aux populations selon des tarifs négociables, fixés en fonction de la distance à parcourir. Ils sont reconnus, dans la ville de Cotonou, par leur uniforme de couleur jaune. Ces taxis-motos sont des usagers courants des latrines publiques à fosse du fait de leur mobilité intra-urbaine. Comme ils fréquentent les latrines publiques, qu'il n'existe pas de savon pour se laver les mains dans les toilettes publiques, et qu'ils ne rentrent pas chez eux après être passés par les toilettes, ces conducteurs de taxis-motos ont les mains sales durant toute la journée. Or, ils poursuivent leurs activités à

l'intérieur de la ville, se mettant au contact des clients, les transportant et même échantent des pièces de monnaie avec eux.

Photo 14 : Les conducteurs de taxis-motos dans une latrine publique



Des conducteurs de taxis-motos dans l'enceinte de latrines publiques à fosse dans le quartier Enagnon. L'un d'entre eux s'apprête à poursuivre son activité après avoir fait ses besoins

Source : Fousséni, enquête 2013

De plus, la gérante du plus grand ensemble de latrines publiques à fosse dans le quartier Enagnon a mis en place un petit commerce de boissons alcoolisées à l'endroit des usagers, notamment des taxis-motos. Ceux-ci consomment régulièrement la boisson à l'intérieur de la cabine réservée à la gérante, à leur sortie des latrines²⁰².

Par ailleurs, les parents de malades recourent aux conducteurs de taxi-moto pour conduire leurs malades au centre de santé d'Ayélawadjè, qui est situé en dehors des trois quartiers. Des malades dont les proches ne possèdent pas un moyen de déplacement sollicitent alors les taxis-motos pour assurer leur transport. « *Souvent, c'est sur zém²⁰³, on n'a pas toujours les moyens d'amener un malade en voiture...* ». Ce contact avec le malade cholérique est source de dissémination. Le rôle des transports dans la dissémination est aussi affirmé par un médecin épidémiologiste, conseiller à la représentation nationale de l'OMS au Bénin : « *L'homme bouge et parfois le mode de transport de ces malades suffit à provoquer la dissémination. Le seul moyen de transport sûr aujourd'hui dans Cotonou, c'est Zémidjan, et*

²⁰² Observation de terrain, juillet-août 2013, 2014.

²⁰³ Dimunitif de zémidjan.

ne soyez pas surpris qu'on mette des malades qui défèquent à longueur de trajet sur zem²⁰⁴ pour faire peut-être deux ou trois, voire plus de kilomètres pour les transporter vers l'hôpital. Il y a même eu une période, je crois que ça a changé maintenant, où tous les cas de choléra de Cotonou et environ doivent se retrouver dans le centre de santé de Cotonou II à Ayélawadjè. C'est pratiquement le centre qui est spécialisé. Or l'écueil, c'est que ces malades là sont transportés n'importe comment dans des conditions hygiéniques douteuses. C'est surtout ceux qui sont aux alentours immédiats de ces malades qui sont victimes par la suite »²⁰⁵.

La manipulation des cadavres peut constituer également un vecteur de dissémination du choléra. Il existe des malades de choléra qui décèdent en dehors du centre de santé et dont les agents ne sont pas informés. Au cours de notre enquête, des habitants nous ont confié avoir connaissance de personnes décédées probablement de choléra dans leurs quartiers. Pour les désigner, une phrase suffit. Il ou elle a « *fait la diarrhée jusqu'à mourir* »²⁰⁶. Ces défunts échappent au contrôle des agents d'hygiène. Seuls leurs proches les accompagnent jusqu'à leur dernière demeure sans savoir le risque qu'ils encourent. A la question « *quelles sont selon vous les causes du choléra ?* », aucun enquêté n'a cité le rôle que peut jouer le cadavre d'un mort cholérique. Un cas concret nous a intéressé sur le terrain. Une jeune dame a été contaminée par le choléra alors qu'elle souffrait d'une autre maladie. Elle a été soignée au centre de santé et guérie. Ramenée chez elle, elle a été de nouveau infectée par le choléra et est décédée. Son cadavre a été découvert dans sa chambre un matin après avoir énormément produit de déjections diarrhéiques et de vomissements. Ce sont les symptômes classiques du choléra. Tout cela s'est passé au domicile de la jeune dame. Quand ses parents ont constaté son décès, elle a été déposée à la morgue et enterrée quelques semaines plus tard dans une autre ville, le corps ayant été transporté par un taxi²⁰⁷. On voit bien qu'aucun accompagnement n'a pu être fait de ce cadavre et que celui-ci a pu, probablement, propager la maladie de Cotonou à une autre ville.

S'agissant toujours de la contamination directe du choléra et sa dissémination par des personnes malades, on peut également évoquer les infections cholériques nosocomiales. Chaque malade est accompagné par un membre de sa famille. Les autorités du centre de santé ont limité le nombre d'accompagnateurs de malades pour éviter ce type d'infection.

²⁰⁴ Dimunitif de zémidjan.

²⁰⁵ Entretien du 12 juillet 2012.

²⁰⁶ Selon une femme du quartier Enagon, lors de notre enquête en août 2013.

²⁰⁷ Selon les propos de l'oncle de la défunte, lors d'un entretien en juillet 2014 dans le quartier Kpankan.

D'ailleurs, ces malades sont isolés des autres dans un camp érigé à cet effet dans l'enceinte du centre. Les accompagnateurs jouent un rôle délicat, car ils sont chargés de récupérer les déjections des malades, de les déverser dans les latrines, de changer leurs protégés, de laver leurs habits et de les nourrir, etc. Selon le service d'hygiène, les accompagnateurs n'arrivent pas toujours à respecter les mesures fixées et se contaminent à leur tour. L'extrait d'entretien suivant le montre : *« Souvent, on constate que les accompagnateurs de malades, s'ils n'arrivent pas à respecter les mesures, on a eu ces cas, eux-mêmes arrivent à se contaminer forcément. Des gens qui ont amené les malades et qui étaient bien portants, arrivés au niveau du camp, sont contaminés parce qu'ils n'ont pas suivi les mesures qu'il fallait prendre, parce que c'est à eux de prendre les selles, aller verser dans les toilettes, se déplacer et changer chaque fois les tenues de malades. Quand ils n'arrivent pas à prendre les mesures, le malade se retrouve et après c'est le tour de l'accompagnateur »*²⁰⁸.

Mais cette infection nosocomiale peut se faire aussi dans les quartiers défavorisés étudiés du fait de la prolifération des centres de santé privés²⁰⁹, où les agents ne sont pas toujours formés à la prise en charge de malades cholériques. C'est à ces centres de santé que les habitants des quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan recourent en cas de maladies. Avec des propriétaires sans formation médicale avérée, qui œuvrent avec un personnel formé sur le tas et dans des locaux trop exigus (observation de terrain, juillet-août 2012, 2013), on peut s'interroger sur leur capacité à éviter des infections nosocomiales, notamment avec une maladie aussi dangereuse que le choléra. Si le ministère béninois de la Santé publique a choisi, jusqu'en 2011²¹⁰, un seul site pour la prise en charge de la maladie, c'est parce qu'il a estimé que toutes les formations sanitaires n'étaient pas en mesure de prendre en charge les malades. Les agents de santé d'Ayélawadjè ont reçu une formation spécifique pour, non seulement prendre en charge les malades, mais aussi éviter la contamination de l'épidémie dans le cadre médical. Les formations sanitaires non publiques installées dans ces quartiers, qui n'ont pas ces compétences, sont les premières à recevoir les malades cholériques avant de les référer éventuellement au centre de santé compétent. Sur 43 malades ayant recouru à un centre de santé, 16 se sont d'abord rendus dans un centre privé, avant d'être ensuite référés à

²⁰⁸ Propos du chargé d'hygiène au centre de santé d'Ayélawadjè lors d'un entretien en juillet 2012.

²⁰⁹ Le centre de santé privé désigne ici un centre de santé mis en place par un acteur privé, qui peut être un agent de santé, un médecin ou tout autre individu. L'ouverture d'un tel centre nécessite l'autorisation des autorités politico-sanitaires. Mais dans la réalité certains exercent dans l'illégalité totale. Par opposition, le centre de santé public est une formation sanitaire installée par les pouvoirs publics.

²¹⁰ Malgré la décentralisation de la prise en charge depuis 2012, les formations sanitaires qui reçoivent les malades cholériques continuent de les référer au centre de santé d'Ayélawadjè. Cette décentralisation est donc théorique.

Ayélawadjè. Dans certains centres de santé privés, le diagnostic du choléra n'a pas été posé, la maladie étant confondue à d'autres pathologies. « *C'est quand l'enfant est tombé sur le ventre après avoir trop mangé que la maladie s'est déclenchée. Nous l'avons amené dans un cabinet privé. L'agent que nous avons retrouvé sur place a pensé que c'était le paludisme. Après les premiers soins, comme il n'avait pas eu d'amélioration, l'agent de santé privé nous a accompagnés au centre de santé d'Ayélawadjè. C'est là qu'on nous a dit que l'enfant souffrait du choléra* »²¹¹. C'est l'impuissance de ce centre privé, face à une diarrhée et des vomissements incessants, qui a obligé le gérant à référer le malade au centre de santé compétent. Le séjour de malades cholériques dans de tels centres peut laisser des déjections contagieuses pour les malades suivants. Dès lors, ces formations sanitaires privées jouent probablement aussi un rôle *de facto* dans la dissémination du choléra dans les quartiers étudiés.

6.3 Pratiques alimentaires et transmission indirecte du choléra

Le vibron cholérique peut contaminer l'eau, les aliments, les fruits et légumes et se transmettre à l'homme à l'occasion de leur consommation, ce qui conduit à interroger les pratiques alimentaires dans le cadre de ce mode de transmission du choléra.

A la suite des travaux de John Snow (1855) qui ont révélé le rôle de l'eau dans la propagation du choléra, plusieurs auteurs ont montré que la maladie se développe dans des régions bordées de cours d'eau (Rollet, Fine, 1974 ; Bompague, 2009 ; Sounkoulo *et al.*, 2009 ; Gumier, 2011). Dans le même sens, le lac et la lagune de Cotonou peuvent servir de lieu d'endémicité de la maladie, du fait des latrines sur pilotis au travers desquelles les matières fécales sont systématiquement rejetées dans l'eau. Mais ils ne semblent pas jouer un rôle unique ou déterminant dans la dissémination de la maladie. Il existe des quartiers qui ne sont pas en connexion avec le lac et la lagune, mais qui ont enregistré des cas, parfois plus importants que certains quartiers riverains. Il s'agit par exemple de Gbégamey, qui a enregistré 18 cas de choléra, soit plus de 6 fois le nombre de malades à Kpankpan en 2010. Le nombre de malades à Gbégamey est supérieur à celui enregistré dans onze quartiers sur les douze que compte la berge lagunaire. En plus de Gbégamey, on peut citer également Fidjrossè avec 10 cas de choléra, toujours en 2010.

²¹¹ Propos d'une cohabitante des parents nigériens d'un enfant malade du choléra, recueillis lors notre enquête de terrain le 21 juin 2013, dans le quartier Enagnon.

Notre terrain se distingue toutefois par rapport à ce constat général. L'eau de boisson n'est pas la source de la propagation du choléra dans les quartiers étudiés à Cotonou. Il y existe plusieurs sources d'eau. Il s'agit de l'eau du puits, l'eau de la pompe²¹² et enfin l'eau de pluie. Ces différents types d'eau sont destinés à divers usages en fonction des besoins et des moyens des populations. Les trois quartiers disposent des mêmes sources d'eau. L'eau de pluie semble utilisée dans une moindre mesure, si on en croit le fait que seul un enquêté la mentionne. C'est plutôt l'eau du puits et l'eau de la pompe que les résidents des quartiers défavorisés utilisent pour leurs besoins domestiques. En effet, de petits puits sont installés dans certaines concessions pour offrir un complément d'eau à l'usage des membres de la famille ou des habitants de la concession. Pour des raisons économiques, beaucoup de foyers utilisent l'eau de puits pour des besoins autres que la boisson. Car l'usage de l'eau de pompe pour tous les besoins relève d'un privilège. C'est un facteur de distinction sociale, réservé à ceux qui sont dotés d'un capital économique. Une personne enquêtée, de sexe féminin et âgée de 24 ans s'exprime en ces termes : « *Est-ce que je ressemble à quelqu'un qui peut utiliser l'eau de pompe pour se laver ?* »²¹³. Du fait des caractéristiques de la nappe phréatique, la profondeur des puits varie en général entre 1 et 2 mètres²¹⁴. L'eau fournie n'est pas propre. Ce n'est pas une eau potable et c'est pourquoi les populations l'utilisent pour les toilettes et parfois pour la vaisselle. Les puits sont souvent remplis par l'eau de pluie infiltrée qui peut contenir des déchets et des matières néfastes pour la santé humaine. Une enquête menée en 2007 sur 300 puits dans les départements de l'Ouémé et du Plateau a d'ailleurs révélé que 97% étaient contaminés avec du coliforme fécal et d'autres microbes qui causent la diarrhée²¹⁵.

²¹² Il s'agit de l'eau potable servie dans les robinets dans l'espace domestique ou public. Elle est fournie par la Société nationale des eaux du Bénin (SONEB), après abonnement, et fait l'objet de paiement d'une facture mensuelle.

²¹³ Propos d'une enquêtée, lors de la passation du questionnaire dans le quartier Enagnon en juin 2013.

²¹⁴ observation de terrain, juin 2013.

²¹⁵ Entretien avec le conseiller GTZ, juin 2007, ministère de l'Eau, direction des mines, de l'énergie et de l'hydraulique, évoqué par USAID, *Fourniture d'une eau potable grâce au programme Aquatabs du POUZN au Bénin. Résultats et leçons apprises*, 2010.

Photo 15 : Puits à Agbato



Source : Fousséni, 2013

L'image négative associée à l'eau de puits est aussi mise en relief par Luisa Arango (2015, p. 162) dans sa thèse d'anthropologie comparée sur la gestion de l'eau à Tuti et Caño de Loro, deux localités rurales appartenant, la première à l'État de Khartoun au Soudan et la seconde au district de Carthagène en Colombie. En effet, l'auteur montre que l'usage de l'eau de puits dans le village Tuti du Soudan peut constituer un indicateur de rupture et de changement dans certains liens familiaux et sociaux, comme en témoigne le bain pris avec cette eau par un homme séparé de sa femme, en instance d'intégration dans l'économie domestique de son frère.

En l'utilisant pour les toilettes, on peut être amené à en avaler par mégarde quelques gouttes qui pourraient contenir du vibron cholérique, vu sa mauvaise qualité. 31 malades enquêtés sur 40 réponses valides²¹⁶ utilisent l'eau de puits pour les besoins tels que la douche et le lavage des mains. L'analyse des facteurs déterminants du choléra à Tuléar, à Madagascar, au cours de l'année 2000 faite par Johanna Lévy (2004), pointe également l'eau de puits utilisée par les habitants du quartier Ampasikibo pour des usages ménagers et même pour la boisson. Toutefois, contrairement aux populations d'Ampasikibo, cette eau n'est pas utilisée pour la boisson à Enagnon, ni à Agbato ou Kpankpan.

²¹⁶ Enquête par questionnaire dans les trois quartiers étudiés de juillet à août 2013.

C'est plutôt l'eau de pompe que les populations des quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan utilisent pour la boisson et la préparation de nourriture. 83 personnes sur 86 réponses valides, soit la quasi-totalité de l'échantillon interrogé²¹⁷, utilisent l'eau de pompe pour la boisson. Cette utilisation est généralisée dans les trois quartiers étudiés. Toutes les personnes interrogées boivent l'eau de pompe à Agbato et à Kpankpan. À Enagnon, 44 enquêtés sur 47 utilisent uniquement cette eau pour la boisson.

Certains habitants des quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan utilisent également de l'eau en sachet appelée communément « pure water » du fait de son origine nigériane, donc anglo-saxonne. 3 personnes sur 47 interrogées utilisent cette eau en complément de l'eau de pompe pour la boisson dans le quartier Enagnon. Il s'agit d'une eau mise en petit sachet et commercialisée dans l'ensemble de la ville. Le sachet coûte 25 Fcfa et se retrouve presque dans tous les marchés, parfois vendue fraîche. Mais il est difficile de connaître l'origine de l'eau ainsi ensachée. Même si la plupart des personnes commercialisant cette eau ont affirmé qu'il s'agit de l'eau potable, son origine peut être douteuse, et donc sa qualité.

On comprend donc que les sources d'eau de consommation et les modes d'approvisionnement en eau sont les mêmes dans les trois quartiers. Elles ne peuvent donc pas expliquer la différence d'incidence du choléra. Les populations sont conscientes qu'il faut consommer l'eau potable, l'époque de l'eau des rivières comme boisson est révolue. Mais cela n'exclut pas pour autant que l'eau soit contaminée lors de son stockage ou de sa consommation. Comme le signalent Howard et Bartram (2003, cités par Dos Santos, 2011), il ne suffit pas d'avoir accès à l'eau potable pour lutter contre les maladies diarrhéiques, cet accès doit être accompagné d'une pratique d'hygiène au quotidien dans l'espace domestique. Mais l'hypothèse d'une contamination de l'eau à la source n'est pas évidente, car dans ce cas on aurait enregistré une incidence plus forte du choléra. L'eau potable servie dans ces quartiers n'est pas produite sur place et n'est pas, en principe, en contact avec la nappe phréatique locale.

Si le rôle de la consommation de l'eau est très limité dans la dissémination du choléra à Cotonou en général et dans les quartiers étudiés en particulier, il reste encore à examiner les pratiques alimentaires et savoir si elles ont un lien avec le choléra. Pour que le vibron cholérique contenu éventuellement dans les matières fécales des latrines et des dépotoirs

²¹⁷ Enquête par questionnaire dans les trois quartiers étudiés de juillet à août 2013.

d'ordures puisse se retrouver dans la nourriture ingérée par l'homme, il faut qu'il y ait un intermédiaire. L'on connaît déjà depuis longtemps le rôle des insectes comme intermédiaires dans la dissémination des maladies microbiennes, qu'il s'agisse de l'anophèle pour le paludisme ou du *stegomya* pour la fièvre jaune, etc. Pour le choléra, cet intermédiaire est la mouche. Les mouches sont attirées par des matières en putréfaction, l'odeur des latrines et des matières fécales déposées à l'air libre ; leur rôle dans le transport du vibron cholérique a été démontré par l'étude de Tsuki (cité par Chantemesse et Borel, 1906) lors de l'épidémie de 1902 au nord de la Chine. Après avoir laissé séjourner dans une chambre de malades de choléra et dans leur cuisine plusieurs boîtes de Pétri contenant un milieu de culture stérile, les mouches s'y sont posées et il a refermé les boîtes. Une fois au laboratoire, Tsuki a pu isoler les vibrions déposés par les mouches de la maison infectée. La mouche peut transporter le vibron cholérique sur tout son corps. Si elle se pose sur la matière fécale contenant du vibron, celui-ci peut rester attaché à ses pattes, ses antennes, ses soies et à l'extérieur de sa trompe. Sa trompe peut conserver le vibron pour l'ensemencer successivement sur plusieurs milieux. C'est donc la mouche qui achève le processus de contamination des repas, des fruits et légumes que consomme l'homme en y déposant le vibron qu'elle prend dans les matières rejetées par une personne malade. Le cycle se referme dès lors qu'un individu sain ingère un aliment contaminé. Le vibron arrive dans son intestin et il est ainsi infecté.

Les aliments sont souvent contaminés lorsqu'ils sont laissés à l'air libre sans protection. Les pratiques habituelles dans les quartiers étudiés favorisent l'exposition des repas aux mouches. Les repas sont préparés ou exposés non seulement dans l'espace domestique mais aussi dans les rues. La plupart des ménages ne disposent pas de cuisine²¹⁸. Sur 78 réponses valides, 64 personnes déclarent ne pas avoir de cuisine pour la préparation de la nourriture²¹⁹. Elles préparent leurs repas dans la cour de la maison. D'autres aménagent un petit coin à cet effet. D'autres encore font leur cuisine dans leur salon, dans le couloir de la maison, ou dans l'arrière-cour. Même s'il est peu probable que ces repas soient infectés lors de leur préparation, du moins pour les repas chauds, ils peuvent l'être lors du temps d'attente entre la préparation et la consommation, ou même lors de la consommation, par des mouches qui voltigent et qui viennent s'y nourrir. Les repas froids peuvent être contaminés lors de leur préparation et de leur consommation.

²¹⁸ La cuisine s'entend ici comme un local destiné à la préparation de la nourriture.

²¹⁹ Enquête par questionnaire dans les quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan de juin à août 2013.

Si le repas est exposé à l'effet du vibron cholérique dans l'espace domestique, il l'est davantage dans l'espace péri-domestique ou public. La crise urbaine dans les pays d'Afrique subsaharienne a favorisé le développement du secteur informel et de l'économie populaire (Ag Bendeche *et al.*, 1998). Face au manque d'emploi, le secteur de la restauration de rue s'est développé. Occupé essentiellement par des femmes n'ayant aucune qualification, ce secteur propose des plats tels que le riz, les pâtes, la bouillie et d'autres repas locaux. Les femmes mobilisent leur éducation culinaire²²⁰ pour s'installer dans leur quartier et proposer des plats, du petit déjeuner au dîner en passant par le déjeuner. Ce sont des restaurants de rue. Les places publiques, les rues, les devantures des maisons, les écoles, etc., sont quotidiennement investies toute la journée. Ces restaurants de rue constituent des lieux de sociabilité dans les quartiers Enagon, Agbato et Kpankpan. Les jeunes s'y retrouvent souvent pour manger et échanger entre eux. Les repas sont servis par la vendeuse dans ses propres assiettes pour ceux qui mangent sur place, ou dans les assiettes que les clients ont rapportées eux-mêmes de leur maison. Cela se fait soit à la main par la vendeuse, soit à l'aide d'une louche. Les mouches accourent aussi pour espérer y trouver leur pitance et peuvent donc y déposer le vibron lors du service ou lors de la consommation. Certaines nourritures comme le pain, les fruits, le poisson fumé, etc., sont exposées sans aucune protection. Sur 45 malades cholériques interrogés, 22 – soit près de la moitié – ont affirmé avoir déclaré la maladie à la suite de la consommation d'un repas de rue. La presse écrite a aussi recueilli des témoignages de personnes malades mettant en cause des repas de rue. Interrogée par l'agent de santé, une patiente admise au centre de santé d'Ayélawadjè déclare qu'« *elle a acheté du riz à manger chez la vendeuse du quartier pour rompre le jeûne. Tard dans la nuit, elle a commencé par sentir des maux de ventre suivis de la diarrhée et des vomissements. Elle a été alors conduite d'urgence à l'hôpital où elle suit des soins pour son rétablissement. Sa sœur ayant pris le même repas qu'elle, n'a pas été épargnée* »²²¹. Les mouches jouent donc un rôle dans le transport du vibron cholérique dans un rayon donné autour d'un lieu infecté. Elles contaminent les repas aussi bien dans l'espace domestique que dans les rues, où ils sont plus exposés.

Le lien entre pratiques alimentaires et choléra se révèle également dans l'analyse de la vulnérabilité des Nigériens, comparativement aux Ghanéens, dans le quartier Enagon. Les

²²⁰ La division sexuelle des tâches domestiques confère aux femmes les activités domestiques, dont la cuisine. L'éducation culinaire est un élément clef de la socialisation des filles en Afrique en général et au Bénin en particulier.

²²¹ Quotidien *Fraternité* du 25 Août 2011.

Nigériens et les Ghanéens sont les plus représentatifs des groupes ethniques extra-nationaux de ce quartier. Sur 45 malades cholériques recensés, 8 sont des Nigériens, 3 des Togolais, et 1 Ghanéen. Nous ne disposons pas de statistiques sur la proportion des groupes ethniques étrangers dans la population étudiée. Les observations montrent que les Nigériens et les Ghanéens constituent deux fortes communautés dans le quartier Enagnon. L'écart entre les chiffres de malades enregistrés laisse croire que les Nigériens sont plus touchés et que les Ghanéens sont plus ou moins préservés par la maladie. Les Nigériens représentent 8 malades cholériques sur 26 dans ce quartier.

Pour comprendre l'inégal effet du choléra sur ces deux groupes, il faut s'intéresser d'abord à la morphologie sociale du quartier. Même s'il n'existe pas de quartier ethnique, dédié exclusivement aux étrangers dans la ville en Afrique de l'ouest (Spire, 2011), on retrouve la plupart du temps des espaces occupés majoritairement par tel ou tel groupe dans le quartier Enagnon. Les Nigériens se regroupent dans la rue de la grande mosquée du quartier. Ils se retrouvent à proximité de ce lieu de culte puisqu'ils sont pour la plupart des musulmans. Même s'ils n'ont pas une organisation très structurée, il y a un patriarche qui sert de point de jonction entre eux et les autres groupes sociaux. Il s'agit de leur chef qui vit dans le quartier depuis plusieurs décennies, y a fondé sa famille, et dont certains enfants dépassent déjà la trentaine. A Enagnon, ils vivent dans la partie régulière car la mosquée y est érigée. 6 des 8 malades Nigériens vivent sur la partie régulière et 2 seulement sur la partie irrégulière. En revanche, les Ghanéens sont installés sur la plage, au bord de la mer. Ils font partie des premiers étrangers arrivés dans le quartier à la recherche d'eau poissonneuse pour leurs activités de pêche²²² en haute mer. Les Ghanéens se sont regroupés sur un espace appelé « fanté comè », en dialecte ghanéen, ou codji en langue locale fon. Ces appellations signifient « sur du sable », en référence à la plage. C'est le groupe étranger ayant le plus grand ancrage social dans ce quartier. Ils ont érigé une école pour scolariser leurs enfants, une église évangélique pour organiser les cultes religieux (observation de terrain, juin à août 2013). Le seul malade ghanéen a été retrouvé dans la partie irrégulière. Nous avons déjà établi que le choléra sévit plus dans la partie régulière du quartier en raison de l'exposition plus importante aux matières fécales des dépotoirs sauvages et des latrines publiques à fosse qui constituent un des points sanctuaires de la maladie. Ainsi, les personnes qui vivent sur la partie régulière sont plus touchées par la maladie. Comparés aux Ghanéens, les Nigériens sont donc plus

²²² Selon les propos du chef de quartier, lors d'un entretien le 15 juillet 2013.

exposés à la maladie. Ensuite, l'analyse de leurs pratiques alimentaires permet de mieux comprendre leur vulnérabilité face à cette maladie. Les Nigériens, jeunes pour la plupart, laissent leurs familles dans leur pays puisqu'ils font la navette entre le pays d'origine et celui d'accueil. Dans le quartier Enagon, ils vivent en colocation, plusieurs dans une même chambre pour minimiser la contribution individuelle aux frais du loyer. Dans la tradition islamique qui les caractérise, la gestion de l'espace domestique revient à la femme²²³. C'est à elle de faire la cuisine, de s'occuper des enfants et du ménage. Les hommes sont plutôt tournés vers l'espace public. Même si une mutation s'opère dans ce rapport de genre, la femme garde tout de même son rôle privilégié de gestionnaire de l'espace domestique. Dans ces conditions, en son absence, les hommes s'organisent autrement. Les Nigériens célibataires ou ayant leurs épouses dans leur pays d'origine sollicitent les prestations d'autres femmes du quartier. Les vendeuses de repas deviennent leurs pourvoyeuses de nourriture. Ces Nigériens sont de grands consommateurs de repas de rue. En tant que vendeurs itinérants dans le quartier ou même dans l'ensemble de la ville, ils consomment le repas acheté au bord de la rue, du petit déjeuner au dîner. La plupart ne préparent pas de repas dans l'espace domestique et se contentent de les acheter chez la vendeuse du quartier. La vulnérabilité de ce groupe ethnique par rapport au choléra n'est donc pas sans lien avec sa pratique alimentaire de rue.

Enfin, il existe un facteur aggravant de la vulnérabilité des Nigériens. C'est leur pratique de jeûne musulman. Le jeûne fait partie des cinq piliers de l'islam que doit respecter tout musulman. Il consiste à consacrer le mois de ramadan à la prière au travers de journées de carême. Les Nigériens sont reconnus pour leur pratique pieuse de jeûne. Un malade nous a confié avoir contracté le choléra au mois d'août 2010, en plein jeûne. « *C'est pendant le ramadan que j'ai attrapé le choléra, après avoir bu un jus de citron pour détacher [rompre] le soir. Dans la nuit, j'ai commencé par faire la diarrhée* »²²⁴. Le jeûne est susceptible de fragiliser les corps et les rendre plus vulnérables au choléra. Les malades nigériens le sont pendant la période de jeûne allant du mois d'août à septembre, en pleine épidémie de choléra.

Conclusion du chapitre

Dans les quartiers Agbato, Enagon et Kpankpan, le choléra est favorisé par des pratiques autonomes et individuelles mises en place par les populations locales pour gérer leurs déchets.

²²³ D'après les échanges que nous avons eus avec deux jeunes Nigériens du quartier Enagon en juin 2013.

²²⁴ Propos d'un Nigérien de 40 ans, recueillis en juin 2013 dans le quartier Enagon.

Ces pratiques reposent en partie sur les représentations du propre et du sale, qui introduisent une rupture entre le corps, l'espace domestique et l'espace public. La perception de la propreté, limitée aux espaces corporels et domestiques est empreinte d'hygiénisme et d'esthétique (Traoré, 2011). La dimension pathogène de l'espace public est faiblement perçue, comme le montre aussi Emilie Guitard (2014), par l'exemple de Garoua au Cameroun. Ainsi, les déchets sont-ils déversés dans des parcelles vides ou dans les plans d'eau. Les latrines à fosse constituent le principal moyen d'évacuation des excréta. Elles sont mal entretenues et dégagent des odeurs pestilentielles. Cette insalubrité est très notable au niveau des latrines publiques à fosse dans le quartier Enagnon. Par contre, dans le quartier Agbato, ce sont les latrines publiques sur pilotis qui servent de lieu d'évacuation des excréta, directement dans le lac et la lagune. Toutes ces pratiques sont en décalage avec les dispositifs institutionnels de gestion de l'environnement urbain, reposant sur l'hygiénisme occidental. Dans cette perspective, la contamination du choléra par les populations s'explique aussi par la place mineure accordée à l'hygiène dans le rapport au propre et au sale, au pur et à l'impur. Cela se traduit par l'exposition des repas aux mouches dans des espaces insalubres, et le peu d'attention accordée au lavage des mains après les toilettes.

Ce chapitre a mis finalement en avant la nécessité d'une analyse des inégalités écologiques à l'échelle des territoires. Le Comité français pour le Sommet mondial du développement durable de 2002 avait d'ailleurs proposé une définition des inégalités écologiques incluant une dimension territoriale : *« le champ des "inégalités écologiques" est en fait fort étendu et recouvre aussi bien une exposition aux risques naturels et techniques, une dégradation de la qualité de vie, une privation relative de certains biens et services communs allant jusqu'à un accès restreint ou altéré à des ressources vitales »* (cité par Durand, Jaglin, 2012). Les différences qualitatives entre les territoires, aussi bien du point de vue de la géographie sociale que des politiques publiques (Chaumel, La Branche, 2008), peuvent contribuer aux inégalités de production et d'exposition aux nuisances environnementales. On l'a vu, la dimension territoriale des inégalités écologiques à Cotonou réside, d'une part, dans le fait que les quartiers défavorisés sont caractérisés par une absence de services urbains de base tels que la collecte et le traitement des déchets solides, l'assainissement des excréta, etc. Cette situation a induit des pratiques locales qui engendrent la dégradation du cadre de vie et des ressources naturelles. D'autre part, l'organisation socio-économique des territoires permet de comprendre les inégalités d'exposition et de production des nuisances environnementales. La plus grande vulnérabilité du quartier Enagnon au choléra tient en partie à sa composition

sociale marquée par une forte présence de groupes sociaux d'origine extra-nationale et au développement des activités économiques informelles, notamment la restauration de rue, comme en témoigne l'exemple des Nigériens musulmans, exerçant dans le commerce informel, pratiquant le jeûne et consommateurs privilégiés de repas de rue. A l'inverse, le quartier Agbato présente une certaine homogénéité sociale avec la dominance ethnique des Toffins, pêcheurs ayant un mode de vie lacustre. La position géographique du quartier, entre lac Nokoué et lagune de Cotonou, favorise une forte interaction avec les milieux aquatiques dans lesquels les déchets solides et ménagers sont déversés, milieux aquatiques qui, paradoxalement, amenuisent leur vulnérabilité au risque cholérique. La dimension territoriale des inégalités écologiques est *in fine* en lien avec des politiques publiques inégalitaires, mettant en marge les groupes sociaux faiblement dotés en ressources socio-économiques. C'est ce que nous montrerons plus avant dans la troisième partie de cette thèse.

TROISIEME PARTIE

Inégalités écologiques et politiques publiques : un jeu d'interactions

La troisième partie de cette thèse analyse les liens entre inégalités écologiques et politiques publiques. Elle montre comment la vulnérabilité au choléra des groupes sociaux défavorisés révèle les inégalités d'accès aux aménités urbaines et la faible implication des citoyens dans les projets environnementaux. Cette partie est composée de trois chapitres : le chapitre 7, le chapitre 8 et le chapitre 9. Le chapitre 7 analyse les carences dans les services publics dans les quartiers défavorisés de Cotonou et le rôle d'initiatives privées et confessionnelles dans la production de nuisances sanitaires. Le chapitre 8 met l'accent sur l'occultation des conditions socio-économiques favorables aux épidémies dans les politiques de lutte contre le choléra. Enfin, le chapitre 9 étudie les difficultés liées au contexte socio-politique local dans la gouvernance de l'environnement urbain.

Chapitre 7

Le choléra comme symbole de la difficile mise en œuvre d'une politique de
santé environnementale au Bénin

Malgré les engagements pris par le Bénin au plan international sur les questions environnementales, engagements qui se sont traduits par l'élaboration et l'adoption de divers documents et plans nationaux, le pays peine encore à mettre en œuvre une politique de santé environnementale. Cette carence de l'action politique se traduit par l'absence de services publics d'eau, de gestion de déchets, de santé, d'éducation, etc., notamment dans les quartiers défavorisés de Cotonou. S'ils existent par endroit, ces services couvrent seulement une partie des populations, et présentent parfois une piètre qualité. Dans ces conditions, des initiatives locales constituent la forme dominante d'intégration des populations marginalisées à la ville, comme l'ont également relevé María Cristina Bayón et Etienne Jezioro (2012) pour le cas de la zone métropolitaine de Mexico.

Ce chapitre analyse le rôle des politiques publiques dans les inégalités écologiques à Cotonou. Il montre, d'une part, le contraste entre une politique de santé environnementale proclamée et sa mise en œuvre et, d'autre part, la mise en marge politique des quartiers défavorisés de Cotonou, et les stratégies développées par leurs habitants pour s'intégrer à la ville. Nous allons, dans un premier temps, montrer comment l'adoption d'une politique nationale de santé environnementale s'inscrit dans le cadre de recommandations internationales sans opérationnalisation réelle. Dans un second temps, nous mettrons en exergue les initiatives privées et informelles tendant à combler localement l'absence de l'État, et favoriser l'intégration des quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan à la ville de Cotonou. Nous verrons au final que les inégalités écologiques révélées par le choléra sont aussi fortement en lien avec les carences de l'action politique.

7.1 D'une politique de « santé et environnement » proclamée aux contraintes de sa mise en œuvre

Le Bénin manifeste une volonté politique pour la prise en compte des préoccupations sanitaires liées à l'environnement. Cet intérêt pour l'articulation de la santé et de l'environnement trouve son origine dans les recommandations internationales auxquelles le pays a adhéré. En effet, c'est au lendemain de la Conférence des Nations Unies sur l'environnement qui s'est tenue à Stockholm du 5 au 16 juin 1972 que le Bénin adopte une politique de gestion environnementale. En application des décisions issues de cette conférence, notamment la recommandation n° 4 faite aux pays en voie de développement, de

prendre en compte l'environnement dans leur politique de développement (PNE²²⁵, 1972), le gouvernement militaire, arrivé au pouvoir à la faveur du coup d'État du 26 octobre 1972, a mis en place en 1974 un certain nombre de structures chargées de sensibiliser l'opinion nationale sur les problèmes environnementaux²²⁶. Ainsi, par le décret n° 74-60 du 8 mars 1974, est créée la Commission nationale chargée de la lutte contre la pollution de la nature et pour la protection de l'environnement. Elle est suivie du Comité national du Programme de l'UNESCO pour l'homme et la biosphère en 1978 ; du Comité national de l'eau potable et de l'assainissement ; en 1985, de l'institution d'une Journée nationale de l'arbre²²⁷, etc.

C'est dans ce contexte que l'on peut situer l'adoption du Code de l'hygiène publique en République du Bénin en 1987, organisé, entre autres, autour de l'hygiène sur la voie publique, prenant en compte la gestion des déchets et des eaux usées, l'hygiène des habitations, l'hygiène des denrées alimentaires, etc.

Dans le même sens, la loi n° 98-030 du 12 février 1999 portant loi-cadre sur l'environnement en République du Bénin s'intéresse à la gestion de l'environnement dans une acception large. L'environnement est défini dans l'article 2 comme « *l'ensemble des éléments naturels et artificiels ainsi que des facteurs économiques, sociaux et culturels qui influent sur les êtres vivants et que ceux-ci peuvent modifier* ». Cette loi prend également en considération le cadre de vie, ce qu'elle appelle « les établissements humains », dont traite plus spécifiquement le Code d'hygiène publique, ainsi que les questions d'occupation d'espace (chapitre II, titre III) et de gestion des déchets (titre IV, chapitre I). Des sanctions y sont également prévues, si des infractions sont constatées par les agents et officiers de police judiciaires, entre autres.

Si ces textes intègrent déjà à la fois les préoccupations liées à la protection de l'environnement et la santé humaine, le Bénin s'est davantage engagé dans la prise en compte du lien entre santé et environnement à l'occasion des conférences interministérielles organisées sous l'égide de l'OMS et du PNE. Il s'agit, d'une part, de la première Conférence interministérielle sur la santé et l'environnement en Afrique tenue du 26 au 29 août 2008 à Libreville au Gabon²²⁸. Cette première rencontre a mis l'accent sur l'impact des problèmes sanitaires d'origine environnementale sur la réalisation des objectifs nationaux de développement. D'autre part, la deuxième Conférence interministérielle sur la santé et

²²⁵ Programme des Nations Unies pour l'Environnement.

²²⁶ Plan d'Action Environnemental (PAE) du Bénin, 1993.

²²⁷ Cette journée est célébrée au Bénin le 1^{er} juin de chaque année et consiste en la plantation de jeunes arbres par le gouvernement.

²²⁸ OMS, PNE, *Déclaration de Libreville sur la santé et l'Environnement en Afrique*, 28 août 2008.

l'environnement en Afrique s'est tenue du 23 au 26 novembre 2010 à Luanda en Angola, et a permis non seulement l'adoption de la Déclaration de Libreville, mais aussi l'affirmation de l'engagement de Luanda sur la mise en œuvre de la Déclaration de Libreville, la Déclaration commune des ministres africains de la Santé et de l'Environnement sur les Changements climatiques et la santé en Afrique et l'alliance stratégique pour la santé et l'environnement en Afrique²²⁹.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique, le Bénin a élaboré en 2012 un document d'analyse de la situation et d'estimation des besoins en santé et environnement²³⁰, en prélude à l'élaboration des Plans nationaux d'action conjointe. Ce diagnostic a mis au jour les risques sanitaires liés non seulement à l'environnement naturel, tels que l'inondation, la sécheresse, l'élévation du niveau de la mer, etc., mais aussi à la dégradation du cadre de vie, notamment en milieu urbain, du fait, entre autres, du rejet des déchets solides et liquides. Ce document prend en compte également la santé des écosystèmes sur lesquels les actions humaines produisent des impacts négatifs.

Cette volonté politique en faveur de la protection de l'environnement et de l'amélioration du cadre de vie des populations se traduit également par la collaboration entre le ministère de l'Environnement et celui de la Santé dans le but d'intégrer les préoccupations sanitaires et environnementales dans l'ensemble des stratégies des deux départements ministériels. Par exemple, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) intègre la dimension environnementale de la santé, notamment en ce qui concerne la gestion des déchets solides et eaux usées, la surveillance des eaux de consommation, la qualité des denrées alimentaires, etc. De la même manière, le Plan d'Action Environnementale du Bénin²³¹ (PAE) inclut la dimension sanitaire, en préconisant la prévention de toute forme de pollution, l'hygiène dans les familles, etc. Il existe également un cadre législatif foisonnant ayant pour but d'articuler les questions environnementales et les préoccupations sanitaires. On peut citer par exemple la mise en place d'une police environnementale²³², d'une police sanitaire²³³, et la définition des normes en matière de gestion de l'eau, des déchets, etc.

²²⁹ OMS, PNE, *Mise en œuvre de la Déclaration de Libreville sur la santé et l'Environnement en Afrique. Engagement de Luanda*, 26 novembre 2010.

²³⁰ Ministère de la Santé, ministère de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme, *Analyse de la situation et estimation des besoins en santé et environnement au Bénin en vue de la préparation des Plans nationaux d'action conjointe*, décembre 2012.

²³¹ Ministère de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme, *Plan d'action environnementale*, 1993.

²³² Décret N°2001-096 du 20 février 2001 portant création, attribution et organisation et fonctionnement de la Police environnementale.

Cependant, cette politique de santé et environnement ne connaît pas une mise en œuvre réelle, notamment en ce qui concerne la gestion des déchets et l'amélioration du cadre de vie urbain. Ainsi, les quartiers défavorisés sont caractérisés par l'absence d'infrastructure de collecte des déchets solides et liquides. Dans les quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan, les acteurs locaux mettent en place leur mode de gestion de l'environnement en fonction de leurs représentations et des enjeux fonciers et économiques. Les pratiques autonomes des populations suppléent l'absence marquée des pouvoirs publics et des collectivités locales, et sont donc en contradiction avec les dispositifs institutionnels et réglementaires de gestion de l'environnement.

Le Code d'hygiène publique traite, entre autres, des questions d'hygiène sur les voies publiques, dans les habitations, l'hygiène des denrées alimentaires et de l'eau. Il interdit, dans ses articles 2 et 6, tout dépôt d'immondices dans les espaces publics et dans les plans d'eau, tels que la lagune et le lac. Or, nous avons vu que les ordures servent essentiellement à remblayer les berges, ou sont jetées dans l'espace public pour constituer de gigantesques dépotoirs sur lesquels les habitants défèquent. Dans les agglomérations urbaines, le Code²³⁴ recommande que les ordures ménagères soient déposées dans les dépotoirs ou dans des récipients, pour être enlevées par la suite par les services de la voirie. Si les dépotoirs existent dans les quartiers étudiés, la « voirie », quant à elle, n'est plus chargée de la fonction de ramassage²³⁵. Dans ces conditions, les dépotoirs coexistent avec les habitations dans les quartiers sans que les déchets soient enlevés. Enfin, toujours en ce qui concerne l'hygiène publique, l'article 8 du Code interdit toute décharge d'ordures dans un rayon de 5 km des dernières habitations et de 50 m d'un point d'eau. Cette disposition est à peine connue des populations qui partagent quotidiennement leur cadre de vie avec des décharges²³⁶. La municipalité de Cotonou, elle non plus, ne semble pas s'y plier, car elle a fait installer un point de regroupement des déchets à proximité des habitations et d'un pont sur la lagune dans le quartier Kpankpan.

²³³ Décret N° 97-624 du 31 décembre 1997 portant création, composition et fonctionnement de la Police sanitaire

²³⁴ Article 7 du Code de l'hygiène publique.

²³⁵ On verra plus loin que les collectivités locales ont dévolu cette activité à des entreprises locales prestataires.

²³⁶ Observations de terrain, juillet-août 2012, 2013, 2014.

Photo 16 : Point de regroupement des ordures dans le quartier Kpankpan au bord de la lagune de Cotonou



Source : Fousséni, enquête de terrain, 2012

En ce qui concerne l'hygiène des habitations, le Code de l'hygiène publique du Bénin a mis l'accent sur la nécessité pour chaque propriétaire de pourvoir son habitation de dispositifs d'évacuation des excréta et des eaux usées ménagères²³⁷. Les latrines, les fosses septiques et les puisards doivent être construits dans chaque parcelle. Dans les quartiers étudiés, la plupart des habitations ne disposent pas de tels ouvrages. Si quelques-unes sont pourvues de latrines, les fosses septiques et les puisards font particulièrement défaut, avec pour résultat le déversement des eaux usées dans les rues. 61 ménages sur 65 enquêtés²³⁸ dans les quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan déversent les eaux usées dans leur environnement, c'est-à-dire les concessions et les rues, et dans une moindre mesure dans les collecteurs d'eau pluviale à Kpankpan. Enfin, le manque d'hygiène dans la gestion des denrées alimentaires constitue un problème de santé publique dans les trois quartiers, contrairement aux dispositions du Code. Si ce dernier exige que les lieux de manipulation des aliments soient maintenus en « parfait état de propreté »²³⁹, *de facto* des denrées alimentaires continuent d'être exposées dans les trois quartiers à proximité des dépotoirs d'ordures et des flaques d'eau²⁴⁰.

²³⁷ Article 20 du Code d'hygiène publique.

²³⁸ Les 4 ménages restants n'ont pas pu être joints pour raison de déménagement.

²³⁹ Article 39 du Code d'hygiène publique.

²⁴⁰ Observations de terrain, juillet-août 2012, 2013, 2014.

En outre, si le Code de l'hygiène publique a prévu, dès son adoption en 1987, la police sanitaire pour veiller au respect de ses dispositions, les actes réglementaires concourant à son application n'ont été pris qu'une décennie après sa promulgation. Il s'agit, entre autres, du décret n° 97-624 du 31 décembre 1997, portant structure, composition et fonctionnement de la Police sanitaire en République du Bénin. Les agents de la police sanitaire sont « *chargés, entre autres, de rechercher et de constater les infractions à la législation de l'hygiène* »²⁴¹. Là encore, les pratiques observées montrent que la salubrité des quartiers défavorisés n'est pas la priorité de cette police. La ville de Cotonou relève de la brigade départementale de la police sanitaire des départements de l'Atlantique et du Littoral, logée dans l'enceinte de la direction de la santé des mêmes départements. Ses principaux centres d'intérêt sont les établissements primaires, secondaires et universitaires, les supermarchés pour le contrôle des conditions de stockage des produits alimentaires périssables, et autres lieux de manipulations de denrées alimentaires²⁴². Le contrôle de l'hygiène dans les habitations constitue le parent pauvre de cette police. D'ailleurs, les conditions d'une mise en œuvre des textes ne sont pas réunies. Comment peut-on demander aux populations de respecter des mesures d'hygiène alors qu'elles n'ont pas accès à des services de gestion des déchets et d'assainissement ? « *Les agents de la police sanitaire sont impuissants face à la situation dans les quartiers Xwlacodji, Ladji, par exemple, car le mal est profond. Ils évitent parfois les plaintes venant de ces zones... [L'insalubrité] a des causes qui ne dépendent pas souvent des populations, mais des conditions de vie dans ces quartiers...* »²⁴³. Dans ces conditions, les prérogatives de la police restent de simples prescriptions sans grande portée pratique. En conséquence, « *les quartiers insalubres demeurent dans leur état sans puisards, sans puits réglementaires, avec des eaux nauséabondes dans les rues jusqu'à la berge lagunaire. Les abords des dépressions sont jonchés de déchets de toutes sortes* »²⁴⁴. Les conditions d'application du code de l'hygiène publique au Bénin ne sont donc pas réunies. « *Maintenant il faut une politique nationale, une volonté politique, que ces zones là soient viabilisées, on aura réglé un problème, [avant que] ... le code d'hygiène publique soit appliqué* »²⁴⁵.

Par ailleurs, les pratiques conduisant à une dégradation de l'environnement urbain et leurs conséquences sanitaires observées à Cotonou révèlent les difficultés des collectivités locales à

²⁴¹ Article 143 du Code d'hygiène publique.

²⁴² Selon les propos d'un responsable de Water and Sanitation for Africa (WAA), entretien du 10 avril 2015.

²⁴³ *Idem*.

²⁴⁴ Houéto V., Noudaïkpon G., « A la découverte de la police sanitaire à Porto-Novo », publié sur <http://base.afrique-gouvernance.net>, en août 2008 et consulté le 19 janvier 2016.

²⁴⁵ Entretien avec le chargé d'hygiène au centre de santé d'Ayélawadjè le 31 juillet 2012.

s'approprier leurs attributions dans la gestion de la ville. En effet, la loi n°97-029 du 15 janvier 1999 portant organisation des communes en République du Bénin, en ses articles 93, 94, 95 et 96, a clairement défini la gestion de l'environnement comme relevant du domaine des compétences propres aux collectivités locales. La commune a la charge de « *la fourniture et la distribution d'eau potable, la collecte et le traitement des déchets solides autres que les déchets industriels, la collecte et le traitement des déchets liquides, le réseau public d'évacuation des eaux usées, le réseau public d'évacuation des eaux pluviales, la délimitation des zones interdites à l'urbanisation dans les périmètres réputés dangereux pour des raisons naturelles ou industrielles, la création, l'entretien et la gestion des cimetières et des services funéraires, la création et l'entretien des espaces verts, la préservation des conditions d'hygiène et de salubrité publique* »²⁴⁶. Le projet de gestion des déchets solides ménagers, quoique mis en place par la municipalité de Cotonou, est confronté aux contraintes locales, et peine à se mettre en route. Ensuite, on observe un décalage entre la charge de la protection des ressources naturelles – entre autres les ressources hydrauliques et les nappes phréatiques –, qui incombe à la municipalité, et les dispositifs d'assainissement des excréta installés dans les quartiers étudiés. Les latrines publiques sur pilotis, qui rejettent quotidiennement des quantités importantes de matières fécales dans le lac Nokoué et la lagune de Cotonou, sont révélatrices d'une difficile mise en œuvre de la décentralisation. Enfin, la municipalité de Cotonou peine à maîtriser l'urbanisation des périmètres réputés dangereux pour des raisons naturelles ou industrielles. L'occupation et l'installation sur les berges de la lagune de Cotonou et du lac Nokoué, et sur la plage, traduisent une certaine faiblesse du pouvoir municipal, fortement concurrencé par des leaders locaux dans les quartiers défavorisés²⁴⁷, douze ans²⁴⁸ après les premières élections municipales, communales et locales, consacrant la mise en œuvre de la décentralisation au Bénin.

On peut enfin relever une confusion dans l'attribution des compétences entre l'État et les collectivités locales. Bien que le domaine de l'assainissement relève désormais des compétences de ces dernières, l'État continue d'y exercer sa mainmise. Celle-ci se traduit par l'existence d'un ministère de l'Urbanisme, de l'Habitat et de l'Assainissement²⁴⁹, l'un des

²⁴⁶ Article 93 de la loi N°97-029 du 15 janvier 1999 portant organisation des communes en République du Bénin.

²⁴⁷ Observation de terrain et entretiens avec les chefs des quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan, juin à août 2012, 2013 et 2014.

²⁴⁸ Les premières élections municipales, communales et locales ont eu lieu au Bénin en décembre 2003.

²⁴⁹ D'après le décret n° 2014-512 du 20 août 2014 portant composition du gouvernement.

dérivés de l'ancien ministère de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme²⁵⁰ (MEHU). Le pouvoir central a délégué notamment le secteur de gestion des déchets à la municipalité de Cotonou, alors que l'assainissement de la voirie, au travers des pavages de rue, etc., est encore aux mains du ministère de l'Urbanisme, de l'Habitat et de l'Assainissement.

On s'aperçoit que le Bénin dispose d'un cadre législatif et réglementaire assez fourni pour la gestion de l'environnement, et du cadre de vie urbain plus spécifiquement. Ceci diffère de la faiblesse du cadre institutionnel de gestion de l'environnement soulignée dans d'autres pays africains. Ainsi, au Cameroun, Assako Assako (2006, p. 371) décrit une législation timide et récente, qui a mis beaucoup plus l'accent sur la préservation des forêts que la gestion de l'environnement urbain et du cadre de vie. Pour autant, les décalages entre la production de règles et leur mise en œuvre effective ne sont pas spécifiques au Bénin. Ils sont également observés au Burkina Faso et au Niger (Baron *et al.*, 2012). Au Bénin, ils sont liés à l'absence de politiques publiques réelles d'amélioration du cadre de vie, ces dernières étant fortement dépendantes de l'aide internationale et de ses conditions (*idem.*, p. 448). En effet, les carences en services publics d'eau potable et d'assainissement témoignent en partie des difficultés en ressources financières auxquelles la plupart des États africains sont confrontés. Les rares projets d'assainissement des espaces urbains au Bénin sont financés par des bailleurs de fonds ou des Banques de développement. Le Projet de gestion urbaine décentralisée (PGUD), qui vise à favoriser l'accès aux services de base des populations dans plusieurs communes du Bénin, a été essentiellement financé par la Banque mondiale²⁵¹. Dans les quartiers défavorisés, ce sont des initiatives d'acteurs informels, privés et confessionnels qui tentent de fournir les services sanitaires de base, face aux carences observées.

7.2 Les carences dans les services publics dans les quartiers défavorisés de Cotonou

Les groupes sociaux les plus défavorisés tendent à se concentrer dans les territoires présentant le plus grand nombre de handicaps en matière d'infrastructures urbaines, de qualité de sol, d'accès à des services de qualité et à des opportunités d'emploi au niveau local (Bayon, Jezioro, 2012). Cette observation faite par Bayon et Jezioro dans la zone métropolitaine de Mexico peut aussi rendre compte de la marginalisation dont font l'objet les quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan de la part des pouvoirs publics à Cotonou. En effet, ces quartiers sont

²⁵⁰ La seconde structure dérivée est le ministère chargé des changements climatiques, du reboisement et de la protection de la nature.

²⁵¹ On peut consulter à ce sujet l'article « Appui de la Banque Mondiale aux communes : Le Bénin obtient un complément de 17 milliards d'appui au Pgud II », publié par le journal *L'Événement Précis* du 28 avril 2008.

caractérisés par des carences en services publics d'eau, de gestion de déchets, de santé, d'éducation, etc. S'ils existent par endroit, ces services couvrent seulement une partie des populations, et présentent parfois une piètre qualité. Dans ces conditions, des initiatives locales d'auto-construction²⁵² constituent la forme dominante d'intégration des populations marginalisées à la ville (Bayon, Jezioro, 2012). Monica Corali et Maria Anita Palumbo (2011) donnent une illustration d'initiatives d'auto-construction dans la ville de Cotonou, en évoquant l'exemple de la mobilisation des jeunes du quartier Akpakpa Dodomé qui ont nettoyé un espace occupé par des ordures ménagères et en ont fait un terrain de football. Cette initiative, appuyée par les autorités sollicitées par les jeunes mobilisés, a permis une ouverture du quartier à la ville par le sport.

Les pratiques locales de gestion des déchets dans les quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan, qui contribuent à accroître le risque cholérique, trouvent leur origine dans la discrimination dont ils font l'objet dans la distribution des services publics de voirie, collecte de déchets, de fourniture d'eau potable, d'éducation et de santé. Ces services sont encore inaccessibles à une grande partie des quartiers défavorisés et à des populations qui les composent. S'ils sont disponibles par endroit, ces services ne sont pas accessibles à tous pour des raisons d'ordre, économique et politique. Nous allons nous intéresser ici particulièrement aux services d'eau, d'électricité, de gestion des déchets, de santé et d'éducation, car ceux-ci constituent des services de base. De plus, le risque cholérique apparaît lié aux carences relevées dans les politiques publiques de ces domaines.

7.2.1 L'inégale distribution des services d'eau potable et d'énergie électrique dans la ville de Cotonou

Au Bénin, la distribution d'eau potable et d'énergie électrique relevait de l'ex-Société Béninoise d'Electricité et d'Eau (SBEE). En 2003, une réforme a séparé les deux services pour constituer deux sociétés autonomes, à savoir, d'une part, la Société Nationale des Eaux du Bénin (SONEB) et, d'autre part, la Société Béninoise d'Energie Electrique (SBEE). La SONEB est un opérateur public, dont la responsabilité est de fournir l'eau potable en zones urbaines et périurbaines²⁵³. C'est donc elle qui a la charge de produire et de fournir l'eau potable aux habitants de Cotonou. La SBEE a, quant à elle, vocation à fournir de l'énergie

²⁵² L'auto-construction peut être entendue ici comme la mise en place de services socio-sanitaires par des initiatives provenant des habitants des quartiers défavorisés. Il ne s'agit pas d'initiatives collectives, mais de quelques acteurs individuels ou confessionnels à but lucratif.

²⁵³ SONEB, *Bilan d'exécution du plan prévisionnel de développement de l'entreprise (PPDE) 2009*, avril 2010.

électrique à l'ensemble du territoire national du Bénin, dont la ville de Cotonou. Cependant, la distribution de ces deux services n'est pas similaire entre les différents quartiers de la ville. Cette difficile promotion de l'équité sociale et territoriale²⁵⁴ peut s'expliquer par des facteurs historiques, économiques, topographiques et électoraux.

En effet, d'un point de vue historique, ces disparités s'inscrivent dans le prolongement de la ségrégation spatiale en milieu urbain ayant caractérisé la période coloniale. Les colons utilisaient les contraintes naturelles et d'autres obstacles infrastructurels²⁵⁵ pour établir la ségrégation résidentielle (Piermay, 1993, p. 97). Ainsi, à Cotonou, les équipements et services publics étaient essentiellement réservés à la « ville européenne », dont les limites allaient du sud de la ligne des chemins de fer à la lagune²⁵⁶ (Brunet-La Ruche, 2012). La ville a hérité de ce clivage en équipements tels que l'adduction d'eau, l'électricité, le service de nettoyage, les écoles, etc. (Goerg, 2006). Dans cette même perspective, Monica Corali et Maria Anita Palumbo (2011, p. 71) décrivent Cotonou comme une ville marquée par une opposition entre la ville « européenne » et celle « *africaine informelle et autorégulée* ». Ce contraste, relevant de l'image dichotomique de la ville coloniale, qui conférait l'espace central bien équipé aux Européens et les périphéries aux « indigènes », n'est pas propre à Cotonou. Elle est le produit de la construction de l'urbanité dans l'ensemble des villes coloniales françaises (Goerg, 2006). Par exemple, cette forme de ségrégation spatiale est également visible à Conakry, et se traduit, en termes d'urbanisme et d'équipement, par une opposition ville/quartier, la ville étant le centre de la « vieille ville coloniale » (Diallo, 2004).

A Cotonou, les quartiers les mieux desservis en eau potable et en électricité sont des anciens quartiers européens – quartiers modernes administratifs, commerciaux, résidentiels – aujourd'hui habités par de nouveaux bourgeois de la ville (Vennetier, 1988, p. 174). Les quartiers des berges lagunaires ne pouvaient bénéficier de tels équipements, car ils faisaient partie du « village indigène » constitué au-delà de la limite de la ville coloniale. En 1945, l'électricité était produite à Cotonou pour la minorité blanche composée de 883 Européens et 1400 indigènes de statut métropolitain, soit 2 283 citoyens sur les 18 000 que comptait la ville (Sotindjo, 2004, p. 363). Par exemple, à Enagbon, la mise en place de ces services date de

²⁵⁴ L'équité sociale et territoriale doit être entendue ici au sens où l'envisage M. Lesourd (2003, p. 394), c'est-à-dire « *la distribution des services de base, de façon qu'ils profitent à tous les éléments de la société, y compris aux plus défavorisés dans leur pouvoir d'achat et dans leur localisation* ».

²⁵⁵ L'étude de Jean-Luc Piermay (1993) sur les villes d'Afrique centrale montre, par exemple, comment l'aéroport de Bangui et un camp militaire prolongent les marécages de la ville pour séparer le quartier des colons de celui des Noirs.

²⁵⁶ ANB, JOD, 1913, Arrêté n°298 réglementant le service de la police municipale de la commune mixte de Cotonou, 16 avril 1913, cité par Bénédicte Brunet-La Ruche (2012).

2005, alors que les origines du quartier remontent au début du XX^e siècle, et que la ville de Cotonou est électrifiée depuis 1926 (Sotindjo, 2004, p. 363). « *Oui, je dirai que depuis 2005, je pense, l'électricité et l'eau sont arrivées au même moment, l'un peut-être arrivé avant l'autre, l'électricité par le gouvernement du général Mathieu Kérékou qui nous a donné l'électricité...* »²⁵⁷.

Si la ségrégation socio-spatiale dans l'espace urbain, qui s'est traduite par son inégal équipement, marque encore la ville de Cotonou, l'accès aux services sociaux de base apparaît également en lien avec le niveau socio-économique des quartiers de ville et de leurs populations. En effet, les raccordements se font individuellement à la demande des clients qui doivent déboursier des sommes prohibitives pour la majorité des habitants (Vennetier, 1988, p. 6). On constate donc une discrimination en matière d'accès à l'eau basée sur la richesse et le lieu d'habitation (UNDP, 2006). Dans l'ensemble de la ville, 43,6% de la population ont de l'eau potable à domicile et 54,5% s'approvisionnent à l'extérieur de l'espace domestique (INSAE, RGPH 3, 2002).

Contrairement aux quartiers centraux occupés par une population au niveau économique plus élevé, et desservis par la plupart des services publics collectifs, les quartiers situés plus en périphérie jouissent globalement d'un accès limité à l'eau potable et à l'électricité. Dans les trois quartiers enquêtés, ces deux services sont disponibles dans la partie lotie²⁵⁸, et absents des sites inondables de la berge lagunaire et sablonneux de la plage. Les propos du chef de l'un des trois quartiers sont significatifs : « *La berge lagunaire ne bénéficie pas de l'électricité ni de l'eau potable. Or la population qui existe sur cette berge lagunaire aujourd'hui dépasse 7000 habitants. Si on doit faire quelque chose de très bon, on peut leur placer des poteaux en bois pour la lumière d'abord, la lumière [électricité] est très importante; et drainer aussi des poteaux d'eau courante, ceux qui veulent en prennent. Et après si l'Etat veut les laisser là, c'est la décision de l'État. Mais les abandonner comme ça, ce n'est pas bon...* »²⁵⁹. Toutefois, tous les ménages vivant dans la partie régulière ne sont pas raccordés à l'eau et à l'électricité. Il ne suffit pas que les services publics existent localement pour que tout un chacun en bénéficie, du fait des coûts élevés à assumer. Seuls ceux qui disposent de moyens financiers suffisants sont susceptibles de se faire raccorder.

²⁵⁷ Selon le chef du quartier Enagnon au cours d'un entretien réalisé le 31 juillet 2012.

²⁵⁸ Sur la carte du choléra dans chacun des trois quartiers, les points d'eau sont installés majoritairement sur la partie lotie, car c'est à ce niveau que les branchements en eau existent.

²⁵⁹ Propos recueillis lors d'un entretien réalisé le 31 juillet 2012 à Cotonou.

Par ailleurs, la limitation des installations des réseaux d'eau et d'électricité à la partie régulière et la non-prise en compte des extensions des quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan sur les berges lagunaires et la plage, peut relever de motifs politiques. Les pouvoirs publics ne reconnaissent pas officiellement les extensions de ces quartiers, qui sortent de tout cadre légal. Elles ne sont pas incluses dans le plan d'aménagement qui prévoit l'installation de réseaux d'eau potable et d'électricité. *« Par rapport à l'eau de robinet ou de pompe, il y a une partie de ces quartiers qui n'est pas lotie et dans laquelle la population ne doit pas s'installer, l'État ne reconnaît pas ces zones là, pourtant les gens se sont installés de façon anarchique »*²⁶⁰. Le sous-équipement de ces parties irrégulières peut être maintenu volontairement pour préserver des réserves foncières de l'État (Dorier-Apprill, 2006).

Il est important de souligner également l'influence du milieu physique sur l'aménagement urbain. Les caractéristiques physiques des berges lagunaires ne favorisent pas l'installation des équipements. Dans d'autres villes africaines, telles que Libreville, les difficultés d'accès à certains sites, handicapant leur aménagement, ont été observées (Mboumba, 2007). En effet, les crêtes et les terres hautes, plus faciles d'accès, cumulent l'essentiel des voiries urbaines et des services en réseaux (eau potable, électricité, assainissement), alors que les bas-fonds en sont globalement dépourvus.

Enfin, la mise en place des services publics est parfois basée sur le clientélisme politique. C'est le cas des services d'eau et d'électricité : *« Le jour où on faisait l'inauguration, le lancement, les premiers essais de l'électricité là, c'est ce même jour que le ministre chargé de l'électricité et de l'eau nous a confiés au directeur, et dans la semaine qui a suivi la canalisation a passé dans tous les vons »*²⁶¹, si quelqu'un n'a pas d'eau potable chez lui, c'est parce qu'il n'a pas voulu ou n'a pas de moyens d'aller s'abonner, mais peut s'approvisionner à quelque pièce en face ou non loin de sa maison »²⁶². Le réseau d'eau potable, qui a fait suite à l'électricité, a été installé la semaine suivante, suite à l'injonction directe du ministre de tutelle. Cela laisse supposer que ce projet n'avait fait l'objet d'aucune planification et se présente comme un cadeau symbolique visant à asseoir la légitimité politique de l'autorité ministérielle. L'installation du service d'eau potable peut donc relever d'un privilège accordé pour des motifs électoraux, visant à renforcer l'assise politique d'un leader (Dorier-Apprill, 2006, p.393). A l'inverse, le refus d'équipement peut aussi traduire une sanction à l'encontre

²⁶⁰ Propos du responsable du service d'hygiène du centre de santé d'Ayélawadjè, lors d'un entretien le 30 juillet 2012 à Cotonou.

²⁶¹ Ce terme signifie « rue ».

²⁶² Extrait d'entretien réalisé le 31 juillet 2012 à Cotonou.

d'un quartier, et viser l'affaiblissement d'un leader politique local. Cela met parfois en compétition des acteurs politiques ; les conséquences ont été mises en exergue dans le cadre des besoins en lampadaires électriques exprimés dans l'un des trois quartiers. « *Les lampadaires aussi, regardez, la nuit tout est noir, ça fait mal aussi. Ailleurs c'est allumé, ailleurs c'est abandonné, c'est oublié. Des fois, c'est politique, si celui qui a la responsabilité de le faire n'a pas son électorat là. Moi je me rappelle, nous on a couru, on a rencontré le président Yayi Boni²⁶³, l'ordre a été donné à la SBEE²⁶⁴ de venir nous changer les ampoules des lampadaires là, mais la mairie a commencé par crier : ah non ce n'est pas le gouvernement, c'est la mairie qui doit le faire²⁶⁵, c'est le travail de la DST²⁶⁶, son directeur m'a reçu, on est venu sur le terrain, on a commencé le truc, il a suffi seulement, DST, DST, DST là même n'est jamais venu sur le terrain pour faire le travail... Voilà, parce que maintenant si on fait ça les gens vont s'accrocher plus [au régime en place, alors que la mairie est dirigée par l'opposition]... »²⁶⁷. Selon ce chef de quartier, les ampoules des lampadaires n'ont pas été remplacées par la mairie car ce quartier ne constituait pas l'électorat traditionnel des autorités municipales.*

Ce jeu de pouvoir entre acteurs en compétition politique contribue parfois à réaffecter des projets urbains de certains quartiers, dirigés par des élus de partis d'opposition à l'équipe dirigeante de la municipalité, vers d'autres. Ce qu'exprime un élu local dans un quartier de la berge lagunaire, quant aux équipements sanitaires dont dispose son quartier : « ... Cette politique politicienne que nous menons, quand tu n'as pas, quand ton parti n'est pas hissé, c'est que toi tu n'auras rien pour ton quartier. Je vais vous donner l'exemple de la mairie. Aujourd'hui, c'est pour la RB²⁶⁸, moi je suis PRD²⁶⁹, je suis chef de ce quartier, mon chef d'arrondissement est RB, croyez-vous que je vais demander quelque chose et que cela va être rapidement octroyé ? Vous voyez, nous avons un site bien aménagé pour abriter une latrine publique... On nous a demandé d'aller nous concerter, alors que cette population [du quartier] est composée de trois partis politiques... Après, on nous dit c'est parce que vous ne

²⁶³ Il s'agit du Président de la République du Bénin arrivé au pouvoir en 2006 et dont le second mandat constitutionnel a pris fin en avril 2016.

²⁶⁴ Société béninoise d'énergie électrique.

²⁶⁵ Selon l'article 88 de la loi n° 97-029 du 15 janvier 1999 portant organisation des communes en République du Bénin, la commune a la charge de la réalisation et l'entretien des réseaux d'éclairage public.

²⁶⁶ Direction des services techniques de la mairie de Cotonou.

²⁶⁷ Extrait d'un entretien réalisé le 31 juillet 2012 à Cotonou.

²⁶⁸ Renaissance du Bénin, parti du maire de Cotonou (2003-2015). Ce même parti a repris le contrôle de la municipalité en coalition avec le parti au pouvoir, à l'issue des élections municipales, communales et locales de 2015.

²⁶⁹ Parti du Renouveau démocratique, dirigé par l'actuel président de l'Assemblée nationale du Bénin.

*vous êtes pas compris qu'on a envoyé le projet de construction de latrine publique au nord... Finalement nous avons compris que c'est parce que moi je suis là... »*²⁷⁰. Ces propos mettent en exergue la conflictualité caractéristique de la décentralisation, qui invite les partis politiques à cohabiter pour la gestion urbaine, alors que ceux-ci mobilisent toutes les stratégies possibles pour conquérir le pouvoir municipal, ou discréditer leurs opposants. Le discrédit politique d'un opposant peut aussi se révéler dans des actions de sabotage de projets mis en place : *« Tous les 1^{er} juin de l'année, c'est la fête de l'arbre, je suis parti chercher des arbustes pour mettre en terre dans notre maison de jeunes. Je vais le faire, on me dit non, pourquoi, faut pas le faire, quand tu vas les mettre en terre et ils vont devenir des arbres, on n'aura pas de temps, les sorciers viendront s'installer dedans... Je suis allé les chercher, je les ai mis en terre, la nuit on est venu les déraciner... »*²⁷¹. Le registre de la sorcellerie est même utilisé ici pour dissuader l' élu local de son projet ; le registre des forces occultes est alors mobilisé à des fins politiques.

Mais les acteurs non élus des quartiers étudiés sont également susceptibles de mettre à mal des projets urbains, dès lors que ces derniers peuvent, d'une manière ou d'une autre, empêcher les jouissances liées aux initiatives informelles. Cela se révèle dans le projet d'installation de latrines publiques dans un quartier de la berge lagunaire. Des acteurs locaux ayant érigé des latrines publiques sur pilotis qui leur génèrent d'importantes ressources mensuelles auraient saboté le projet de construction de latrines publiques au niveau du chef d'arrondissement. Cette stratégie a été adoptée pour empêcher la concurrence, donc la réduction des recettes de leurs propres installations²⁷².

7.2.2 L'exclusion urbaine par les déchets : l'exemple emblématique du quartier Zongo et de la berge lagunaire

La marginalisation des quartiers des berges de la lagune de Cotonou et du Lac Nokoué se révèle spécialement dans le domaine des déchets urbains. Le caractère marginalisant du déchet (Debout, 2012) se traduit, d'une part, par leur accumulation dans les quartiers étudiés et, d'autre part, par le fait que ces quartiers sont moins desservis par les services de pré-collecte. Les services présentent également des défaillances au point qu'ils sont fréquemment dénoncés par les populations.

²⁷⁰ Entretien avec un chef de quartier, août 2012.

²⁷¹ *Idem.*

²⁷² Selon les propos d'un chef de quartier, entretien en août 2012.

En effet, au Bénin, la collecte des ordures ménagères ne relève pas des prérogatives du pouvoir central, mais des collectivités locales. Conformément à l'article 93 de la loi N° 97-029 du 15 janvier 1999, portant organisation des communes en République du Bénin, « *la commune a la charge de la collecte et le traitement des déchets solides autres que les déchets industriels...* ». C'est dans ce cadre que la municipalité de Cotonou a mis en place le Projet de Gestion des Déchets Solides Ménagers (PGDSM), dont l'objectif est d'assurer la pré-collecte et la valorisation des déchets. La municipalité a confié le volet pré-collecte à des organisations non gouvernementales (ONG) qui offrent leurs services aux ménages moyennant le paiement d'un forfait mensuel, variable selon les quartiers. Des points de regroupement des déchets ont été mis en place en collaboration avec les ONG, les élus locaux et les populations des quartiers concernés. D'après le rapport du PGDSM, 77 structures étaient agréées en 2003 et assuraient la collecte des déchets auprès de 26 075 abonnés²⁷³. Nous ne disposons pas de chiffres plus récents. La contribution mensuelle varie de 1500 à 13500 Fcfa en fonction des secteurs, du volume de déchets et de la fréquence de passage des structures de collecte. D'après les estimations, sur 718 tonnes de déchets produits dans la ville par jour, seules 500 tonnes sont enlevées (PDC, 2008, p. 57).

Ce mode de tarification du service de collecte des déchets est différent de ce qu'observe Lise Debout (2014) en Egypte. La réforme du secteur des déchets dans ce pays dans les années 2000 a prévu une taxation des habitants sur la base de leur consommation d'énergie électrique. Ainsi, contrairement à la liberté accordée aux populations de Cotonou de souscrire volontairement un abonnement pour l'enlèvement des déchets, la tarification égyptienne semble avoir un caractère contraignant lié au seul fait de résider dans le gouvernorat et de disposer d'un abonnement électrique.

Les ONGs chargées de la pré-collecte ne desservent pas tous les quartiers de la ville de Cotonou, et notamment ceux bâtis sur les deux rives de la lagune de Cotonou et du lac Nokoué. On peut citer comme exemple le quartier Ladji²⁷⁴ : « *Le quartier Ladji est sale, et puisque nous n'avons pas les ONG de pré-collecte, on jette nos ordures n'importe comment et n'importe où* »²⁷⁵. L'image déqualifiante du quartier Ladji, décrit par la presse²⁷⁶ comme lieu

²⁷³ <http://mairiedecotonou.com>, consulté le 19 mars 2015.

²⁷⁴ Ladji est un quartier situé sur la berge ouest de la lagune, dans le 6^e arrondissement de Cotonou.

²⁷⁵ Propos d'un habitant du quartier Ladji, recueilli par le Journal le *West Africa WASH Journalists Network*, <http://washjournalists.wordpress.com>, consulté le 2 novembre 2014.

²⁷⁶ *West Africa WASH Journalists Network*, <http://washjournalists.wordpress.com>, consulté le 2 novembre 2014.

de réception des déchets de tout genre et dans lequel les populations cohabitent avec les dépotoirs, fait de lui un lieu de dépôt plutôt que de collecte.

Par ailleurs, le système de gestion des déchets mis en place par la municipalité est caractérisé par des dysfonctionnements. L'exemple du quartier Zongo est assez édifiant et montre comment les populations locales perçoivent ce service et dénoncent ses défaillances. En effet, Zongo est un quartier populaire situé dans le 5^e arrondissement de Cotonou. Il est occupé majoritairement par les commerçants Haussa²⁷⁷ (Spire, 2011). Deux acteurs sont directement désignés par rapport aux défaillances observées dans la collecte des déchets : la mairie et des ONGs prestataires de services.

Le recrutement des prestataires de services pour la pré-collecte domiciliaire des déchets s'inscrit dans le cadre des programmes d'ajustement structurel qui ont marqué l'Afrique de l'Ouest dans les années 1980. En plus de l'allègement des services municipaux qui s'est traduit par la réduction des effectifs des fonctionnaires, les services de voirie ont été supprimés et les municipalités contraintes de déléguer la gestion environnementale, notamment le secteur des déchets, à des opérateurs privés (Dorier-Appril, 2006, p. 386). Dans la ville de Cotonou, ce service a été délégué à des ONG, regroupées au sein de la Coordination des Organisations non Gouvernementales de Gestion des Déchets solides ménagers et de l'Assainissement (COGEDA). Les ONGs sont donc recrutées par la mairie de Cotonou pour assurer la pré-collecte des déchets solides ménagers. La presse²⁷⁸ a abondamment traité le sujet, en mettant l'accent sur certains quartiers de la ville où la gestion de ces ordures est sensiblement plus défaillante qu'ailleurs.

Les populations de Zongo attribuent l'insalubrité de leur quartier aux défaillances des organisations chargées de la pré-collecte recrutées par la mairie de Cotonou²⁷⁹. Selon les personnes interrogées par Inès Kouagou du journal *Le Matinal*, la pré-collecte est irrégulière, car les ONGs ne passent dans le quartier qu'une fois par mois. Ce point de vue est partagé par le chef du quartier, qui dénonce l'incompétence de ces structures, sur fond de manque de matériels adéquats de travail. « *L'insalubrité constatée à Zongo est due à la défaillance totale de la mairie, plus spécifiquement de la Direction des services techniques (DST) et des ONG chargées de faire les collectes. [...] L'ONG que nous avons ici pour le ramassage des ordures*

²⁷⁷ C'est une communauté d'origine nigérienne.

²⁷⁸ *L'Autre Fraternité* du 23 février 2010 ; *Le Matinal* du 24 avril 2014 ; journal télévisé du 1^{er} juin 2014 à l'Office de radios et télévisions du Bénin (ORTB) ; *Fraternité* du 19 juin 2014, etc.

²⁷⁹ Inès Kouagou, « Insalubrité à Cotonou : Zongo, un quartier qui résiste à la salubrité », publié le jeudi 24 avril 2014 dans *Le Matinal*, consulté le 2 novembre 2014 sur www.acotonou.com.

*ménagères est incompétente. Elle dispose d'une seule charrette de ramassage pour tout le quartier, ce qui fait que l'on constate des irrégularités dans le ramassage des ordures. Pour un quartier aussi grand que Zongo, comment peut-on avoir juste une charrette ? »*²⁸⁰. Même le directeur des services techniques de la mairie de Cotonou a reconnu la faiblesse de certaines organisations prestataires, qui ne disposent plus de charretiers pour conduire des charrettes²⁸¹. A cette faiblesse organisationnelle s'ajoute la pénibilité de la collecte des déchets par la charrette. C'est pourquoi, selon le DST, la mairie a opté pour des engins à trois roues visant à remplacer progressivement les charrettes.

Les carences observées dans la collecte des ordures ménagères sont également liées à l'insuffisance des points de regroupement, selon le DST de Cotonou. Les points de regroupement sont des sites retenus par la municipalité pour stocker les déchets collectés directement auprès des ménages avant leur acheminement pour être traités. Il n'en existe qu'une douzaine pour toute la ville de Cotonou. Selon les habitants du quartier Zongo, les structures de pré-collecte déversent les ordures dans leur quartier par manque de points de regroupement²⁸². De fait, cette insuffisance du nombre de points de regroupement des déchets pré-collectés auprès des ménages traduit les difficultés qu'éprouvent les charretiers à accéder à ces sites à pied. C'est pourquoi ces derniers déversent les déchets à des endroits inappropriés, comme c'est le cas dans le quartier Zongo.

La responsabilité de la municipalité apparaît engagée : les populations questionnent les procédures de recrutement de ces organisations de pré-collecte, et affirment que ces dernières sont mal équipées pour faire face à toute la demande. Le chef du quartier Enagnon a d'ailleurs renchéri sur les propos de son collègue de Zongo, en demandant à la mairie de Cotonou de venir en aide aux ONGs de pré-collecte. Selon lui, « *si on ne leur vient pas en aide, [elles] ne peuvent pas...* »²⁸³.

Selon le chef du quartier, la défaillance dans la collecte des déchets a eu pour conséquence la résiliation des abonnements par la population de Zongo, dont 98% auraient eu un contrat, si l'on en croit le chef du quartier²⁸⁴. La mauvaise qualité du service de collecte fait souvent l'objet de protestation des bénéficiaires. Si, au Bénin, cette protestation se traduit par la

²⁸⁰ *Idem.*

²⁸¹ Propos du directeur des services techniques de la mairie de Cotonou lors d'un entretien sur la chaîne de télévision nationale du Bénin (ORTB) le 1^{er} juin 2014. Les ordures collectées auprès des ménages sont transportées dans des charrettes vers des points intermédiaires d'évacuation.

²⁸² Propos recueillis par Inès Kouagou, publié dans *Le Matinal* du 24 avril 2014.

²⁸³ Extrait d'entretien réalisé le 31 juillet 2012.

²⁸⁴ Propos du chef du quartier Zongo, recueillis par Inès Kouagou, publié dans *Le Matinal* du 24 avril 2014.

résiliation des abonnements, en Egypte, elle se manifeste par le refus des habitants de payer les taxes auxquelles ils sont astreints (Debout, 2014, p.151). Il est clair que l'estimation du chef de quartier à Cotonou est exagérée. Entre 2003 et 2007, le taux d'abonnement dans la ville est passé de 48,38% à 64,86% (Oxfam Québec, cité par Houngpatin et Kottin, 2009). Zongo ne peut pas présenter un taux d'abonnement supérieur à la moyenne de l'ensemble de la ville, au vu de l'insalubrité dénoncée dans ce quartier. Mais on peut y voir un révélateur.

L'insalubrité du quartier Zongo est symptomatique des dysfonctionnements du système de gestion des déchets solides dans la ville de Cotonou. *« L'insalubrité ne concerne pas seulement le quartier Zongo mais toute la ville de Cotonou ; ce qui signifie que la mairie ne fait rien pour éradiquer ce phénomène »*²⁸⁵. Toutefois, elle est plus forte dans certains quartiers comme Zongo, de même que dans les quartiers de la berge lagunaire, qui abritent des groupes sociaux défavorisés. La description faite du quartier Zongo par le journal *Le Matinal* rend compte de la présence de populations au profil socio-économique dévalorisé : *« Tout juste derrière la mosquée centrale de Zongo se trouve un monstrueux tas d'ordures. Au milieu de cette chaleur et de toutes ces odeurs et détritiques indescriptibles, les habitants vaquent à leurs occupations. On peut les apercevoir chacun devant son étalage et d'autres en mouvement comme si de rien n'était. Il y en a qui mangent, puisque non loin des tas d'ordures, il y a des hangars de vente de nourritures. Les usagers du port sec aussi sont dans leur mouvement. Les vendeurs ambulants sont en activité. Mendians et débiles mentaux se côtoient. Pas d'agents de sécurité publique dans le quartier. C'est pratiquement un centre commercial, mais en même temps une zone résidentielle pour d'autres. Le long des rails, on dirait des ghettos. Il y a des jeunes gens crottés, tels des "Sans domicile fixe" »*²⁸⁶. L'image insalubre et pauvre qui se dégage repose, entre autres, sur la présence de la grande mosquée qui attire les populations les plus défavorisées, et des personnes handicapées, en quête de la solidarité des musulmans et autres usagers du quartier. Ces personnes s'installent à proximité de la mosquée et pratiquent la mendicité (observation de terrain, juin-août 2012, 2013).

Les défaillances observées dans l'assainissement de la ville questionnent également l'évolution de la société béninoise. Selon un chef de quartier, les défaillances sont observées après les indépendances. *« ... Entre temps, l'enlèvement des déchets était assuré par la voirie et c'est l'Etat qui s'occupait de ça, les ménages payaient peut être, mais indirectement, l'Etat imputait tous ces trucs sur tout ce que nous achetons, et le véhicule de la voirie passe pour*

²⁸⁵ Propos d'un chef de quartier, recueilli par *Le Matinal* du 24 avril 2014.

²⁸⁶ Inès Kouagou, « Insalubrité à Cotonou : Zongo, un quartier qui résiste à la salubrité », publié le jeudi 24 avril 2014 dans *Le Matinal*, consulté le 2 novembre 2014 sur www.acotonou.com.

enlever ces déchets là, ... de quartier en quartier. Dès que la voirie a cessé, nous-mêmes je vais dire, au temps de l'indépendance, ce n'était pas ça hein. Avant l'indépendance, les latrines n'étaient pas comme ça, ce n'était pas des latrines à béton que nous voyons, c'étaient des tonneaux que l'on découpait en deux, vous creusez votre latrine, vous mettez les tonneaux là, vous déféquez dedans et la nuit ceux qui font ce travail là, on vient déposer les grands tonneaux à chaque carrefour et ils viennent enlever les petits tonneaux qu'ils allaient verser dans les grands tonneaux, et revenaient avec le vôtre et vous le replace sur votre latrine... ; et les grands tonneaux après sont transportés dans les camions qu'on va verser, c'est au temps des colons ça. La voirie²⁸⁷ s'occupait de tout ça »²⁸⁸. Même si la gestion de l'assainissement pendant la colonisation, ainsi décrite, se faisait de façon rudimentaire et que l'on peut avoir tendance à relire positivement le temps passé, ce chef de quartier semble regretter, tout au moins, la régularité du service qu'il y avait à l'époque.

Les défaillances observées interrogent aussi les capacités des ONGs²⁸⁹ à assurer le service de la pré-collecte des déchets solides ménagers. Ces structures ont été encouragées car elles auraient dû offrir des emplois aux diplômés sans emploi et aux licenciés de la fonction publique territoriale dans le cadre des programmes d'Ajustement structurel, et sont supposées représenter les populations à la base et la société civile (Dorier-Apprill, Meynet, 2005 ; Dorier-Apprill, 2006, p. 387). Cependant, elles n'offrent pas une efficacité dans la gestion de ce service. Les ONGs sont *a priori* des organisations à but non lucratif²⁹⁰. Elles n'ont donc pas vocation à faire des bénéfices. L'idée sous-jacente de la délégation du service de pré-collecte des déchets solides ménagers à ces organisations est d'offrir un service à moindre coût aux populations pour susciter le maximum d'abonnements. Les coûts pratiqués par les ONGs ne leur permettent pas d'acquérir du matériel et de mieux rémunérer les manœuvres (Dorier-Apprill, Meynet, 2005). Les salaires payés à ces derniers sont très maigres²⁹¹, ce qui explique des interruptions du service (Dorier-Apprill, Meynet, 2005, p. 26).

Les défaillances dans les services publics tendent à s'enraciner dans les quartiers étudiés du fait de la faible mobilisation communautaire autour des questions de santé publique. Cette dernière a pourtant des effets bénéfiques : à preuve le fait que les quartiers dans lesquels les

²⁸⁷ L'expression voirie a une connotation locale, et renvoie plus au service municipal d'assainissement.

²⁸⁸ Entretien réalisé le 31 juillet 2012.

²⁸⁹ Sur cette question de la place des ONGs dans la gestion de l'assainissement dans les villes africaines, on peut lire avec intérêt l'article de Dorier-Apprill Elisabeth, Meynet Cécilia (2005).

²⁹⁰ La plupart relève de la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association.

²⁹¹ Le salaire mensuel d'un manœuvre du secteur atteint rarement 15 000 Fcfa pour un temps de travail allant parfois de 6 à 20 heures. 1 euro = 655.957 Fcfa en parité fixe .

habitants se mobilisent pour la salubrité présentent globalement une faible prévalence de maladies diarrhéiques par rapport aux autres (Nguendo *et al.*, 2008 ; Sy, *et al.*, 2011). La mobilisation communautaire, en tant que moyen d'expression de besoins et de revendication sociale, peut permettre de compenser en partie l'inexistence de services publics. Elle a été d'ailleurs à l'origine de la création de centres de santé ayant constitué par la suite des creusets de participation communautaire à Pikine au Sénégal (Fassin, 1989). En effet, c'est grâce à l'engagement des populations de Pikine, déplacées de Dakar dans les années 1970 et installées dans un faubourg sans eau, sans électricité, sans dispensaire ni de l'État ni de la municipalité, etc., que des postes de santé ont été ouverts dans différents quartiers de la ville.

Dans les trois quartiers de Cotonou étudiés, la mobilisation communautaire autour des questions de salubrité n'est que sporadique, comme en témoigne l'opération de fermeture d'une latrine dans le quartier Enagnon²⁹². C'est en 2009 que les populations riveraines d'une latrine publique à fosse, située à la limite entre les parties lotie et irrégulière du quartier, se sont révoltées suite à la pollution olfactive dont elles étaient victimes. Cet épisode a été l'occasion de fermer ladite latrine avec du sable et d'interdire désormais son utilisation.

Dans le même sens, une mobilisation²⁹³ similaire dans le quartier Agbato en 2010 a permis la transformation de la latrine publique à fosse de l'Eglise protestante en une latrine plus hygiénique. Ici aussi, la mobilisation a été organisée par les riverains auxquels parvenaient les odeurs de la latrine. On se situe donc dans un modèle « Nimby »²⁹⁴, pour dénoncer le malaise olfactif, faisant apparaître en filigrane la question sanitaire. Cela transparaît des propos d'une femme de 22 ans, mariée, ayant un niveau de scolarisation primaire : « ... *Juste derrière notre maison se situe la latrine publique à fosse de l'église du christianisme céleste. Mais elle est fermée en ce moment, après la protestation des riverains contre l'odeur que cela dégageait. On n'arrivait même plus à respirer dans le quartier* »²⁹⁵.

Les préoccupations sanitaires n'ont donc pas été clairement exprimées dans le cadre de ces protestations, contrairement à ce que montre Isabelle Hajek pour le cas de la France, où les protestations, même si elles ne se constituent pas d'emblée sur le constat de pathologies avérées, peuvent naître « *d'une suspicion grandissante à l'égard d'un environnement*

²⁹² Informations recueillies auprès du chef de quartier et des populations du quartier Enagnon au cours de notre enquête de terrain en juin 2013.

²⁹³ Information obtenue d'une enquêtée dans le quartier Agbato le 4 juillet 2013.

²⁹⁴ *Not In My Back Yard* (pas dans mon jardin). Ce modèle s'applique aux contestations liées à l'installation de certains équipements jugés porteurs de menaces à proximité des habitations.

²⁹⁵ Enquête du 4 juillet 2013.

considéré comme porteur de menace », comme c'est le cas avec l'incinérateur de Fos-sur-Mer (Hajek, 2013, p. 6). Toutefois, ces deux actions de protestation dans les quartiers Agbato et Enagnon ont eu des effets positifs sur le cadre de vie, comme en témoigne la fermeture de la latrine dégradée à Enagnon, et la modernisation de la latrine d'Agbato (observation de terrain, juin-juillet 2013).

Photo 17: Latrine dont la modernisation est issue d'une protestation dans le quartier Agbato



Latrine publique à fosse transformée en latrine moderne avec chasse d'eau

Source : Fousséni, enquête de terrain 2013

Cependant, ces deux actions restent isolées. Les préoccupations liées à l'assainissement des trois quartiers ont relevé de projets portés, par le passé, par des ONGs. Dans les quartiers Enagnon, Agbato et Kpankpan, par exemple, l'ONG RACINES a fait installer des comités de santé visant à promouvoir l'hygiène en milieu scolaire. Des postes de lavage de mains et des latrines, ont été mis en service au profit des écoles primaires publiques des trois quartiers²⁹⁶. La mise en place de ces équipements a pour objectif de favoriser l'hygiène en milieu scolaire. On peut se demander pourquoi des associations communautaires ne se sont pas positionnées sur cette problématique dans les quartiers concernés.

Dans les quartiers de Rufisque au Sénégal, Ibrahima Sy *et al.* expliquent la mobilisation communautaire pour la gestion de l'environnement par deux facteurs : l'existence d'un socle

²⁹⁶ Nous avons contribué à la mise en place de ces équipements en tant qu'animateur de projet auprès de l'ONG RACINES dans les quartiers défavorisés de Cotonou, de 2009 à 2010.

social bâti, notamment les HLM²⁹⁷ avec une mixité sociale, et le soubassement ethnique et communautaire dans d'autres quartiers (Sy *et al.*, 2011, p. 56). Contrairement à la ville de Rufisque, il n'y a pas de HLM à Cotonou en général, dans les trois quartiers étudiés en particulier. On peut alors estimer qu'il n'existe pas ce socle social bâti, ni de mixité sociale qui puissent fédérer les actions vers un but commun, à savoir la préservation de l'environnement urbain. En outre, la mobilisation communautaire est plus forte dans les quartiers planifiés à Rufisque, et dans les quartiers résidentiels à Yaoundé (Nguendo *et al.*, 2008 ; Sy *et al.*, 2011). Les quartiers planifiés et les quartiers résidentiels dont parlent les deux groupes d'auteurs ont l'avantage d'être mieux pourvus en infrastructures d'assainissement, contrairement aux quartiers irréguliers. Ces quartiers sont également habités par une population ayant un niveau socio-économique plus élevé, qui la rendrait plus réceptive à l'information et aux messages sur la santé publique (Sy *et al.*, 2011, p. 58). A Kpankpan, le quartier le plus favorisé des trois retenus, c'est le chef du quartier qui assure la sensibilisation des ménages, notamment sur la nécessité d'un abonnement aux services de collecte des ordures ménagères.

La faible mobilisation communautaire peut être aussi liée au manque d'équipements sanitaires, car les effets d'une telle mobilisation dans les quartiers irréguliers sont annulés par le manque d'infrastructures d'assainissement (Sy *et al.*, 2011, p. 56). Dans ces quartiers, l'inexistence d'infrastructures adéquates, dont l'entretien et le maintien pourraient fédérer les communautés, a pu constituer, comme c'est le cas dans certains quartiers de Rufisque et de Yaoundé (Nguendo *et al.*, 2008 ; Sy *et al.*, 2011), l'un des facteurs explicatifs de l'absence de mobilisation.

Mais le facteur de mobilisation communautaire lié au soubassement ethnique et communautaire n'est pas pour autant absent dans les trois quartiers étudiés de Cotonou. Nous avons montré que ce sont des quartiers caractérisés par une dominance ethnique des pêcheurs Xwla, Xwéda et Toffin. Toutefois, ce facteur ethnique peut être rendu invisible par la forte présence étrangère dans le quartier Enagnon. La circulation migratoire qui caractérise les étrangers dans ce quartier peut expliquer que ces derniers ne puissent pas participer à des actions collectives, car ils sont de passage et devront certainement continuer leur migration à une prochaine occasion. Mais le quartier Agbato, bien qu'abritant une petite part d'autres populations d'origine ethnique nationale et extra-nationale, est fondamentalement occupé par les autochtones, parmi lesquels il existe un lien social, culturel et historique. Les autochtones

²⁹⁷ Habitations à loyer modéré.

d'Agbato ont un mode de vie lacustre, autant du point de vue des habitats que des activités économiques. On peut penser que ce soubassement ethnique, orienté vers un mode de vie rural, explique des rejets de déchets dans l'environnement urbain. Car, en milieu rural, les déchets sont rejetés « dans la nature » et sont éliminés au cours du cycle biologique (Nguendo *et al.*, 2008, p. 4). Mais le milieu urbain, avec de fortes densités humaines, n'offre pas assez d'espace pour éviter les contacts avec les déchets rejetés. Au-delà du facteur ethnique, la faible prise de conscience des risques sanitaires environnementaux et l'absence de mobilisations communautaire contre ceux-ci est dans les quartiers défavorisés de Cotonou, sont liées, nous le montrerons davantage dans le chapitre 8, aux conditions socio-économiques.

7.3 Les acteurs privés et informels de distribution de services socio-sanitaires

Le déficit de services publics d'eau, d'électricité, d'éducation et de santé est compensé, en partie, par des initiatives émanant d'acteurs locaux, mais à but lucratif. Le vide laissé par les pouvoirs publics constitue un marché sur lequel se positionnent des personnes influentes, ou des entreprises religieuses dans les quartiers étudiés.

L'eau et l'assainissement sont l'un des secteurs dans lesquels ces acteurs sont présents. Dans l'assainissement des excréta, leur présence est marquée par la construction de latrines publiques, à fosse ou sur pilotis, et ouvertes à l'ensemble des populations des trois quartiers. Dans le quartier Agbato, le secteur des latrines destinées au public est essentiellement privé et informel. La latrine publique à fosse appartenait à l'église protestante. Les recettes issues de son exploitation renflouaient ses caisses ; ces recettes ont d'ailleurs permis sa rénovation et sa modernisation.

L'église catholique est également présente dans le secteur d'assainissement des excréta. C'est elle qui exploite la première latrine moderne du quartier. Construite à l'entrée de l'église, elle est tenue par un gérant recruté à cet effet. L'investissement réalisé par les deux confessions religieuses témoigne de la rentabilité d'un secteur relevant pourtant de l'autorité municipale. Enfin, les latrines sur pilotis appartiennent également à des personnes privées, qui font des recettes plus ou moins élevées au regard de leur fréquentation. Au total, dans le quartier Agbato, toutes les latrines destinées au public relèvent d'entreprises informelles et confessionnelles. Les latrines exploitées par les confessions religieuses sont plus modernes et plus hygiéniques.

Dans les quartiers Enagnon et Kpankpan, il existe également des latrines publiques d'initiative informelle. Elles sont installées dans des endroits non pourvus de latrines construites par des ONGs et des institutions nationales, notamment sur les parties irrégulières des quartiers. Par exemple, on dénombre deux latrines publiques informelles installées dans la partie irrégulière du quartier Kpankpan. A Enagnon, c'est le « Chantier » qui abrite la latrine publique à fosse, d'initiative informelle, du quartier (observation de terrain, juillet-août 2012, 2013).

Le secteur informel joue aussi un rôle important dans le service d'eau potable. Il assure sa distribution non seulement aux habitants des parties loties des quartiers, mais aussi à ceux qui vivent sur des extensions illégales. En effet, certains des habitants plus favorisés socio-économiquement, qui parviennent à faire raccorder leur domicile, commercialisent l'eau au reste de la population. Les plus démunis achètent de l'eau en petite quantité, dans les bassines ou les bidons, pour des usages alimentaires. 77 sur 87 personnes interrogées²⁹⁸ s'approvisionnent en eau potable dans une autre concession auprès d'un revendeur. C'est le cas de 16 enquêtés sur 19 à Agbato, 43 sur 47 à Enagnon et 18 sur 21 à Kpankpan. Le bidon de 20 litres coûte en moyenne 50 Fcfa. Ce mode d'approvisionnement en eau potable n'est pas spécifique aux quartiers étudiés. Au contraire, il se rencontre dans toute la ville de Cotonou. Mais, dans ces quartiers, il est le mode unique de distribution d'eau potable.

La revente privée d'eau a suppléé aux traditionnelles bornes-fontaines, anciennement installées sur les places publiques et desquelles les habitants des quartiers démunis puisaient quasi-gratuitement leur eau (Dorier-Apprill, 2006, p. 389). Toutefois, les bornes-fontaines étaient peu nombreuses et n'existaient pas dans des quartiers d'occupation illégale et sur des sites à risque (Vennetier, 1988, p. 175). Les quartiers défavorisés de la berge lagunaire n'en possédaient donc pas. L'installation du réseau dans ces quartiers est d'ailleurs très récente. Les bornes-fontaines ont été supprimées là où elles existaient, à cause des gaspillages et des dettes accumulées par les collectivités locales qui les avaient implantées (Dorier-Apprill, 2006, p. 389). Les populations sont donc contraintes de se retourner vers leurs voisins de quartier pour acheter l'eau.

La revente privée d'eau est très répandue dans les parties loties des quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan. Le réseau y est installé et les points d'approvisionnement existent. Cependant, la situation est plus complexe dans des espaces d'occupation illégale où les installations ne

²⁹⁸ Enquête par questionnaire de juin à août 2013.

sont pas réalisées par la SONEB. Mais des acteurs individuels arrivent, là encore, à mettre en place un système d’approvisionnement des populations des berges et de la plage. A l’aide des plombiers locaux, des personnes qui, grâce à leur capacité économique, ont obtenu un raccordement en eau potable, drainent ce service vers les extensions dans chacun des trois quartiers. A partir du point de raccordement à leur domicile dans la partie régulière du quartier, ces acteurs connectent des tuyaux, qu’ils enfouissent, en direction du secteur non loti. Enfin, ils créent un point d’approvisionnement au niveau duquel les populations vivant dans les environs achètent l’eau²⁹⁹. Cette activité est très nette dans le quartier Enagnon.

Photo 18 : Points d’eau potable privés installés sur la plage à Enagnon



Une gérante est chargée de la distribution de l’eau au niveau de ce point de vente. La bassine de 20 litres coûte 50 Fcfa, et les usagers sont servis par ordre d’arrivée.

Source : Fousséni, enquête de terrain, 2012

Le mode et les conditions d’approvisionnement sont les mêmes que sur la partie lotie. Grâce à ces circuits informels, les points d’approvisionnement en eau existent dans presque toutes les rues du quartier. 61 ménages enquêtés sur 65 ont affirmé que l’eau potable est disponible dans leur rue ; 55 ménages sur 65 estiment s’approvisionner en eau dans la concession voisine. Ces chiffres traduisent l’accessibilité géographique aux points d’approvisionnement, qui jouent un rôle dans le maintien et l’entretien des sociabilités dans les quartiers étudiés. Ils constituent des points de ralliement quotidiens et d’interactions entre les habitants, les femmes et les enfants notamment³⁰⁰. Dans les quartiers d’auto-construction, l’eau constitue un facteur

²⁹⁹ observation de terrain, juin-août 2012, 2013 et 2014.

³⁰⁰ D’après nos enquêtes, ce sont les femmes et les enfants qui s’approvisionnent en eau potable dans 44 ménages sur 61.

relationnel en ce qu'elle structure les rapports sociaux autour de son partage, ou de sa commercialisation (Arango, 2015, p. 160). On sait ainsi, dans le même sens, que dans le village colombien de Cano de Loro, les responsabilités sont partagées et changent dans le temps et en fonction des saisons. En saison de pluie, ce sont particulièrement les femmes qui recueillent l'eau sous les auvents installés dans les cours, pour l'usage de l'ensemble des occupants d'une maison. Par contraire, en saison sèche, c'est une femme aidée de son mari et de son fils qui subvient aux besoins en eau pour la boisson, la cuisine et les toilettes de l'ensemble des occupants de la maison (*ibid.*).

Si l'implication des acteurs privés dans la distribution de l'eau potable à Cotonou est rendue quasiment incontournable dans l'espace urbain, du fait des carences observées et l'incapacité de la SONEB à faire face à toutes les demandes des populations, le recours aux opérateurs privés dans la gestion de l'eau en milieu rural et semi-urbain s'inscrit, plus largement, dans les recommandations des bailleurs de fonds et des responsables du secteur de l'hydraulique, dans le cadre de la décentralisation au Bénin (Bonnassieux, Gangneron, 2011, p. 89). Il existe une différence notable entre les acteurs qui interviennent dans le secteur de l'eau en milieu urbain, et ceux dont les compétences sont limitées aux espaces ruraux et semi-urbains. Elle tient fondamentalement à la délimitation territoriale de la gestion de ce service public entre l'État et les collectivités locales. La SONEB assure la fourniture en eau potable en milieu urbain par un branchement individuel, alors que les espaces ruraux et semi-urbains tirent leur eau potable des adductions d'eau villageoise (AEV), ou des forages munis de pompes à motricité humaine (FPM) pour des accès collectifs (Bonnassieux, Gangneron, 2011). Les collectivités locales sont chargées de la gestion de ces derniers équipements afin de garantir non seulement leur pérennité, mais aussi leur rentabilité économique. Dans ces conditions, elles sont orientées vers la gestion déléguée, qui consiste en l'affermage des AEV et des FPM au profit d'opérateurs privés. Cette délégation de la gestion de l'eau vient remplacer l'ancienne gestion communautaire qui reposait sur les comités villageois de gestion³⁰¹.

Contrairement à l'affermage, les acteurs privés de distribution d'eau potable en milieu urbain sont des individus exerçant de façon informelle et ne signant aucun contrat avec la SONEB. Ils n'ont pas d'autre redevance à verser que celle liée à leur consommation. Ces acteurs paient leur redevance au même titre que les autres usagers ayant des branchements à domicile.

³⁰¹ Pour approfondir cette question de la gestion déléguée des ouvrages en eau potable dans les espaces ruraux et semi-urbains au Bénin, on peut lire avec intérêt l'article d'Alain Bonnassieux et Fabrice Gangneron (2011).

La fourniture de l'énergie électrique relève aussi, dans une large mesure, d'initiatives privées et informelles. Tout comme le service de l'eau, ceux qui arrivent à obtenir les branchements et un compteur électriques chez eux mettent en place un service de commercialisation à destination des habitants du quartier. Des électriciens locaux sont recrutés pour connecter les fils depuis le compteur-mère jusqu'au domicile de chaque demandeur. La tarification est mensuelle et se fait en fonction du nombre d'éléments³⁰² utilisés. Les demandeurs expriment clairement leur besoin en termes de nombre d'ampoules, de nombre de prises, etc. Ils doivent verser à chaque fin du mois leur redevance fixe négociée par unité d'éléments. Par exemple, une ampoule utilisée coûte entre 1000 et 1500 Fcfa (soit 1,50 euros) par mois en moyenne. Le non-paiement entraîne automatiquement le débranchement de la ligne³⁰³. Dans ces conditions, le ciel de ces quartiers offre le spectacle de fils électriques qui s'entremêlent, reliés les uns aux autres autour des poteaux en bois de teck³⁰⁴.

Photo 19 : Fils électriques en toile d'araignée dans le quartier Enagnon



Source : Fousseni, enquête de terrain 2012

Au cours de nos enquêtes, ces initiatives privées de commercialisation des services publics, notamment de l'électricité, ont souvent été à l'origine de conflits de voisinage³⁰⁵. La distribution de l'eau est moins concernée, car le paiement est direct et se fait même avant l'approvisionnement. En revanche, dans la redistribution de l'électricité, des conflits sont

³⁰² Le terme "éléments" désigne ici les ampoules et les appareils électroménagers.

³⁰³ Des cas de débranchement pour défaut de paiement nous ont été signalés par notre accompagnateur dans le quartier Enagnon.

³⁰⁴ Informations recueillies auprès des résidents du quartier Enagnon, au cours de notre enquête de terrain de juin à août 2013.

³⁰⁵ Informations recueillies auprès d'une jeune fille habitante du quartier Enagnon, et confirmées par notre guide de terrain en juin 2014.

récurrents entre les propriétaires et leurs « clients ». Les uns reprochent soit le non-paiement des redevances, soit l'usage abusif de l'électricité, et les autres dénoncent le manque de sincérité dans la commercialisation, les coûts fixés trop élevés par rapport à la facturation liée au compteur-mère. Ces conflits peuvent se solder par la rupture du contrat par la partie qui s'estime lésée. Ces conflits témoignent des tensions sociales que peut générer l'absence de service public dans les quartiers défavorisés et la montée en puissance d'acteurs privés, dont les initiatives sont parfois porteuses de risques sanitaires.

Le secteur de la santé n'est pas en reste face aux initiatives privées. En l'absence de centres de santé publics dans les quartiers Enagnon et Kpankpan, des acteurs privés ou confessionnels mettent en place des structures de soins. Il s'agit de formations sanitaires privées, coopératives, confessionnelles et sociales qui sont installées par des individus, des médecins, des infirmiers légalement ou même parfois de façon non officielle. Le constat est frappant : la zone sanitaire Cotonou II/III compte 6 formations sanitaires publiques contre 137 privées et confessionnelles³⁰⁶. Les responsables de centres de santé privés travaillent, pour la plupart, dans des formations sanitaires publiques et les détiennent sous forme d'entreprises parallèles, fonctionnant avec un personnel recruté sur place. Certains gérants sont des jeunes filles déscolarisées. Elles jouent un rôle d'accueil et assurent, au besoin, les premiers soins avant de prévenir le responsable³⁰⁷. Les responsables des formations privées n'y travaillent pas en permanence. Souvent, ils n'habitent pas dans ces quartiers. Enagnon est le quartier le plus pourvu en centres de santé privés, car il n'y existe pas de formation sanitaire publique. *« Il n'y a pas un centre de santé à Akpakpa dodomè³⁰⁸ jusqu'à aujourd'hui. Dans le lotissement on a réservé un domaine pour la santé, un dispensaire et rien n'est fait jusqu'à aujourd'hui. Nous avons couru, nous avons fait tout au ministère de la Santé : ça va être fait ça va être fait, zéro, rien n'a été fait »*³⁰⁹.

³⁰⁶ Annuaire des statistiques sanitaires zone Cotonou II/III, 2012, p.15.

³⁰⁷ Information recueillie auprès d'une aide soignante dans un centre de santé privé à Enagnon en juin 2013.

³⁰⁸ Ancienne dénomination du quartier Enagnon.

³⁰⁹ Entretien réalisé avec le chef du quartier le 31 juillet 2012.

Tableau 39 : Formations sanitaires dans les quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan en 2012

Quartiers	Effectif de la population	Formations sanitaires		
		Publiques	Privées	Confessionnelles
Agbato	8 504	1	3	0
Enagnon	16 312	0	6	1
Kpankpan	7 809	0	4	0
Total	32 625	1	13	1

Source : Annuaire des statistiques sanitaires Zone Cotonou II/III, 2012

Le seul centre de santé public du quartier Agbato est dit en « mauvais état »³¹⁰. Les trois quartiers ne disposent donc d'aucun centre de santé public en bon état. En d'autres termes, 32 625 habitants n'ont en fait accès à aucun centre de santé public. Leur santé est donc assurée par des formations sanitaires, privées notamment, et confessionnelles dans une moindre mesure. La quasi-absence de services publics de base dans ces quartiers témoigne de leur marginalisation, et laisse le champ libre à des initiatives informelles qui peuvent parfois engendrer des dérives pour la santé publique. Nous avons déjà montré le rôle que peuvent avoir *de facto* les centres de santé privés dans la transmission nosocomiale du choléra.

Photo 20 : Formations sanitaires privées dans le quartier Enagnon



L'image à gauche présente un centre de santé privé, créé sous la bannière d'une ONG enregistrée au ministère de l'Intérieur, alors que c'est le ministère de la Santé qui est habilité à accorder l'autorisation d'ouverture et d'exploitation d'un établissement sanitaire privé. La seconde image est celle d'un centre privé ouvert sans aucune autorisation.

Source : Fousséni, enquête de terrain 2012

³¹⁰ Annuaire des statistiques sanitaires zone Cotonou II/III, 2012, p. 23.

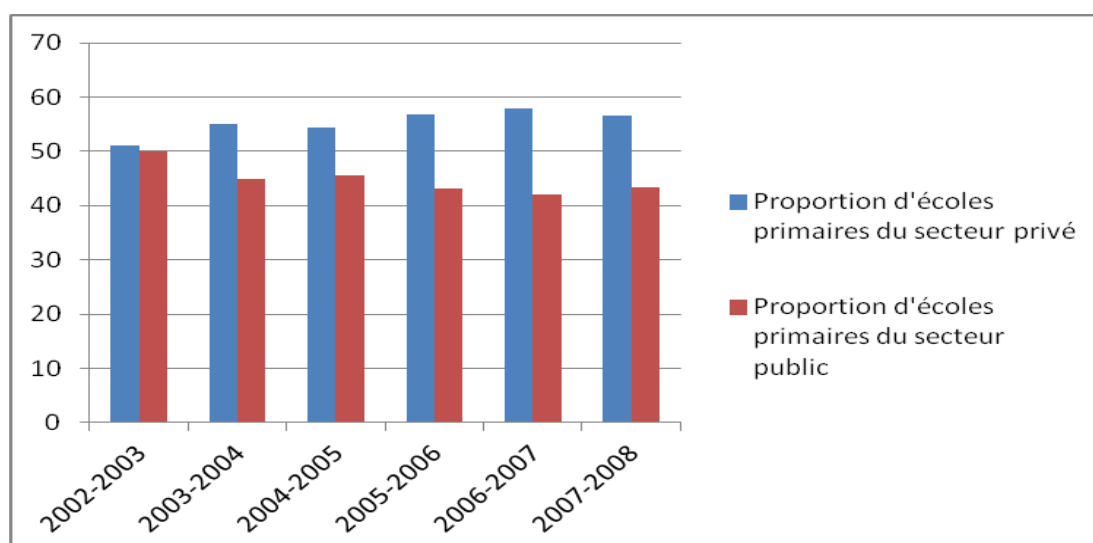
Le secteur de l'éducation témoigne également de cette faible présence de l'État dans les quartiers défavorisés de Cotonou, alors que l'on sait le rôle de la scolarisation, notamment des femmes, dans la santé infantile (UNICEF, 2013). Comme nous l'avons montré dans le chapitre 1, la scolarisation des femmes leur permet d'acquérir les règles d'hygiène enseignées dans le cadre scolaire et de participer aux canaux de sensibilisation sur la prévention des pathologies (Vaillant, Zoé, 2008). Le secteur de l'enseignement primaire, par exemple, est essentiellement détenu majoritairement par le privé, que ce soit en termes d'écoles ouvertes ou d'enseignants recrutés.

Tableau 40 : Tableau comparatif des effectifs des écoles primaires et des enseignants des secteurs public et privé de 2003 à 2008 dans la zone sanitaire Cotonou II/III

Année scolaire	Nombre d'écoles		Total	Proportion du secteur privé	Nombre d'enseignants		Total	Proportion du secteur privé
	Publiques	Privées			Secteur public	secteur privé		
2002-2003	70	73	143	51,04	348	451	799	56,44
2003-2004	70	86	156	55,13	368	470	838	56,08
2004-2005	72	86	158	54,43	383	475	858	55,36
2005-2006	72	95	167	56,88	434	516	950	54,31
2006-2007	72	99	171	57,89	636	539	1175	45,87
2007-2008	73	95	168	56,54	544	552	1096	50,36

Source : Annuaire des statistiques sanitaires de la zone Cotonou II/III, 2010, pp.15-16

Graphique 11 : Répartition relative des écoles du secteur privé par rapport au secteur public dans la zone sanitaire Cotonou II/III, de 2002 à 2008 (%)

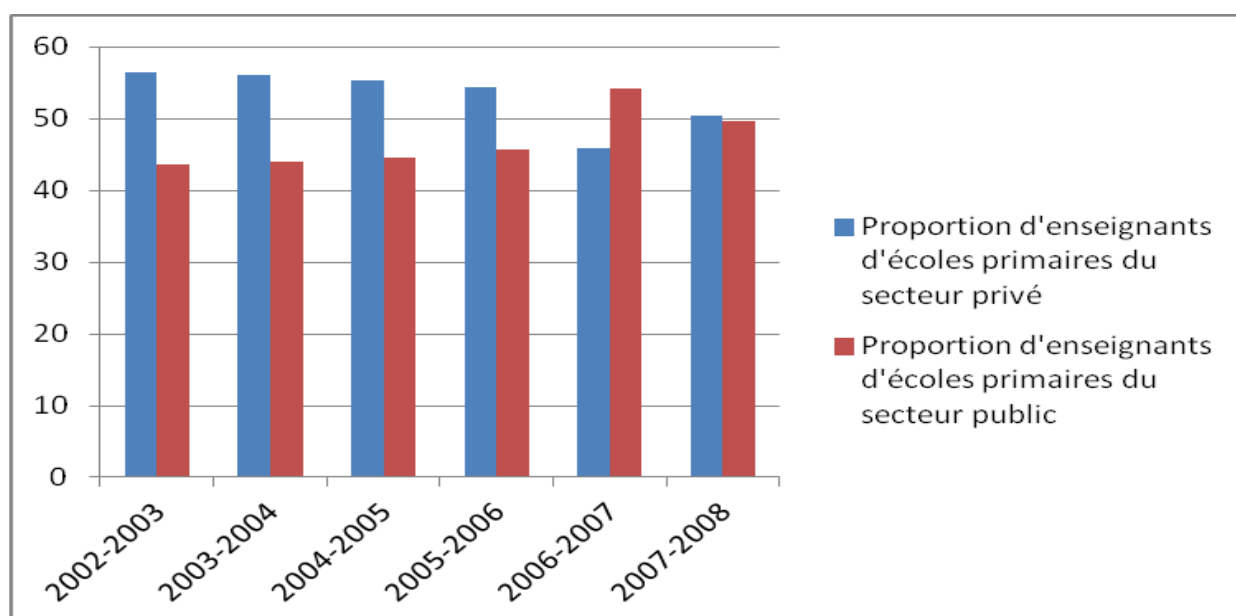


Source : Fousséni, 2015

Ce graphique montre bien la place dominante des écoles privées dans l'enseignement primaire dans la zone sanitaire Cotonou II/III. Ces données n'existent pas à l'échelle fine des quartiers pour permettre une telle analyse à Agbato, Enagnon et Kpankpan. Toutefois, elles montrent la tendance dans l'ensemble des quartiers défavorisés de Cotonou, et de la berge lagunaire en particulier. Ce graphique témoigne également d'une évolution plus rapide du nombre d'écoles privées, contrairement au secteur public qui évolue en dents de scie.

La même observation peut être faite en ce qui concerne la proportion des enseignants, notamment de 2003 à 2006, sachant qu'à partir de 2006, on observe une situation plus contrastée.

Graphique 12 : Répartition relative des enseignants des écoles primaires des secteurs public et privé de 2002 à 2007 dans la zone sanitaire Cotonou II/III (%)



Source : Fousséni, 2015

C'est au cours de l'année scolaire 2006-2007 que l'on constate une rupture dans l'ancienne tendance en faveur du secteur privé. En effet, la proportion des enseignants intervenant dans le secteur public est passée de 45,69% en 2005-2006 à 54,13% en 2006-2007. Cela s'explique par le recrutement massif d'enseignants dans les écoles primaires publiques, traduisant la politique de gratuité des enseignements maternel et primaire décrétée par le nouveau président arrivé au pouvoir en avril 2006. Mais cette politique volontariste s'est essoufflée l'année suivante, le secteur privé ayant repris sa suprématie dans l'enseignement primaire au Bénin, et

dans la zone sanitaire Cotonou II/III en particulier. Les enseignants du secteur primaire ne représentent en 2007-2008 que 49,64% des effectifs dans la zone sanitaire.

On observe donc dans les quartiers défavorisés de la berge lagunaire de Cotonou, notamment Agbato, Enagnon, et Kpankpan, une forme d'auto-construction de la ville, au travers des initiatives informelles et privées pour combler le déficit de services publics. Ces initiatives informelles dans la production du service d'eau existent aussi dans d'autres villes de pays en développement. Elles ont pu, parfois, impulser une co-production du service d'eau avec les municipalités, comme c'est le cas dans les bidonvilles de Caracas, qui ont pu s'appuyer notamment sur des branchements illégaux sur des aqueducs pour construire un réseau d'eau potable dans ces espaces défavorisés (Moretto, 2010).

Ces initiatives participent à l'amélioration des conditions sanitaires des habitants des quartiers étudiés. C'est grâce à elles que la grande majorité des groupes défavorisés ont accès à l'eau potable et la consomment. Le faible taux d'incidence du choléra dans ces quartiers s'explique, entre autres facteurs, par la consommation régulière d'eau potable. Dans les contextes où la consommation d'eau non-potable a été à l'origine du choléra, comme de nombreux travaux l'ont montré de longue date – en France au XIX^e siècle (Rollet, Fine, 1974), en Haïti en 2011 (Gumier, 2011) ou en RDC (Bompangue, 2009) –, l'incidence a été particulièrement forte.

Par ailleurs, l'existence de formations sanitaires privées et confessionnelles offre des possibilités de soins de proximité aux habitants des quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan. C'est d'ailleurs à ces centres que recourent certains malades cholériques avant d'être référés à Ayélawadjè. Sur 23 malades cholériques qui se sont rendus immédiatement dans un centre de santé dès le début de la maladie, 10 sont allés dans le secteur privé. Toutefois, leur proximité ne doit pas cacher certaines dérives. Si l'intérêt des centres de santé confessionnels n'est pas à mettre en doute, car offrant d'importants services de soins en médecine générale et même en spécialité³¹¹, d'autres centres privés exercent parfois dans des pièces exiguës et se déclarent compétents pour prendre en charge certaines pathologies qui constituent encore des défis pour les pays les plus avancés dans le domaine médical³¹². On a ainsi pu lire sur une affiche d'un centre de santé privé qu'il se dit en mesure de traiter, outre les pathologies courantes, le cancer, l'hépatite B, les maux de reins (voir la photo 20), etc. Ces derniers centres semblent

³¹¹ Par exemple, le Centre de Diagnostics et d'Urgences Padre Pio dans le quartier Enagnon est une formation sanitaire confessionnelle appartenant à l'Archidiocèse de Cotonou, reconnu par le ministère de la Santé pour la qualité de ses prestations.

³¹² observation de terrain, juillet-août 2012, 2013.

jouer sur la méconnaissance des populations et l'absence de structures publiques de soins pour vendre des prestations qu'ils ne sont pas souvent en mesure d'assurer.

7.4 Le choléra comme conséquence des carences politiques au Bénin

Les quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan sont confrontés à de sérieuses difficultés d'assainissement des déchets et des excréta. Ces problèmes existent dans plusieurs villes africaines³¹³ où l'urbanisation rapide est accompagnée de rejets solides et liquides nuisibles pour la santé (Dorier-Apprill, 2002 ; Nguendo *et al.*, 2008 ; Sy *et al.*, 2011 ; Traore, 2011). L'absence de système officiel d'assainissement dans les quartiers défavorisés a entraîné la mise en place de dispositifs autonomes par les populations. Ces pratiques locales d'assainissement ne sont aucunement encadrées et reposent sur des dispositifs individuels, et dégénèrent en nuisance pour la santé des citoyens.

Les carences politiques sont donc à l'origine des modes locaux d'assainissement des déchets, des excréta et des eaux usées qui favorisent les épidémies de choléra. C'est pourquoi un médecin épidémiologiste, conseiller à l'OMS Bénin, pense que toute politique de lutte contre cette maladie passe par la mise à disposition d'équipements adéquats. « *Le problème du choléra est un problème de niveau de vie, de qualité de vie d'abord, c'est-à-dire vous ne pouvez pas lutter efficacement contre le choléra si vous ne donnez pas de l'eau potable aux populations, si vous n'avez pas une politique acceptable de ramassage des ordures, si vous ne gérez pas les excréta, les eaux usées. Donc, c'est vraiment un problème de développement de niveau de base... Donc on a beau crier, tant qu'il y aura des bidonvilles, tant qu'il aura des endroits où on n'a pas de WC corrects, on n'aura pas résolu le problème du choléra. Donc on va sensibiliser, il faut qu'on apporte de l'eau. Or l'État ne peut pas envoyer de l'eau courante dans les endroits non lotis, par exemple. Il y a des freins...* »³¹⁴. Le décalage entre les pratiques locales et les dispositifs institutionnels traduit la faiblesse des acteurs publics chargés d'opérer la gestion durable de l'environnement urbain. L'installation des populations dans les zones marécageuses, la commercialisation des denrées alimentaires dans des coins de rue insalubres, etc., rendent compte d'une absence de contrôle sanitaire.

³¹³ On peut évoquer l'exemple des villes de Mopti au Mali, de Rufisque au Sénégal, de Yaoundé au Cameroun, étudiées respectivement par Dorier-Apprill (2002); Nguendo *et al.*, 2008 ; Sy *et al.*, (2011).

³¹⁴ Extrait d'un entretien avec un médecin épidémiologiste de la représentation nationale de l'OMS au Bénin le 12 juillet 2012.

Par ailleurs, au vu de la prédominance des formations sanitaires privées dans les trois quartiers étudiés, on peut s'interroger sur le rôle de l'État dans la santé publique des quartiers défavorisés. Son absence est manifeste de deux points de vue. D'une part, il n'existe pas de formations sanitaires publiques ; d'autre part, certains centres privés de soins sont illégaux. Par exemple, le Cabinet de soins LAWAYE, sur la photo 20, ne figure pas sur la liste des formations sanitaires autorisées³¹⁵ dans la zone sanitaire Cotonou II/III. Or, ces centres de santé privés constituent les premiers centres de recours des malades, même cholériques. Au vu des conditions dans lesquelles ils exercent, ils peuvent être à l'origine d'une dissémination nosocomiale du choléra.

Cette absence de formations sanitaires susceptibles de prendre en charge les malades cholériques à l'échelle de chaque quartier constitue un risque supplémentaire de dissémination de la maladie. Les malades sont transportés par tous les moyens à leur disposition (taxis-motos, motos privées, taxis, etc.) de leur zone d'habitation vers le centre de santé de référence. L'attention accordée aux transporteurs par le centre de santé d'Ayélawadjè ne suffit pas à annuler le risque de dissémination de la maladie. Certes, les autorités dudit centre organisent la désinfection immédiate et systématique des moyens de transport ayant servi à conduire les malades. Cette mesure consiste pour les conducteurs et les accompagnateurs de malades cholériques à se laver les mains et à nettoyer leurs motocyclettes avec de l'eau de javel. Les responsables du centre de santé d'Ayélawadjè demandent ensuite aux conducteurs de taxis-motos de repartir chez eux pour tremper et laver leur uniforme. « ... *Déjà, sur le champ, on leur dit de se laver les mains avec l'eau de javel, et arrivé à la maison, de tremper leur vêtement et de s'échanger, que c'est potentiellement dangereux de transporter un malade comme ça, sans prendre des mesures préventives après pour éviter d'être contaminé soi-même* »³¹⁶. Selon le conseiller de l'OMS que nous avons interrogé à ce sujet, la désinfection des taxis-motos à l'eau de javel peut réduire le risque de propagation de la maladie, mais ne peut en aucun cas le faire disparaître. Les taxis-motos qui transportent les malades cholériques sont « *certainement exposés, personne n'est à l'abri. Heureusement que, à côté, on met souvent des agents d'hygiène, quand les malades arrivent, ils envoient un peu de l'eau de javel pour nettoyer, ça permet d'éviter le pire, mais ça ne limite pas profondément les dégâts. Ça ne réduit pas profondément les dégâts, voilà* ».

³¹⁵ *Annuaire des statistiques sanitaires Cotonou II/III*, 2013.

³¹⁶ D'après l'entretien avec le médecin chef du centre de santé d'Ayélawadjè le 13 juillet 2012.

Conclusion du chapitre

Au total, on peut noter une prise de conscience des pouvoirs publics béninois des risques sanitaires environnementaux, ce qui s'est traduit par l'adhésion aux recommandations internationales, la prise en compte des problèmes sanitaires dans les politiques environnementales et l'intégration des problèmes environnementaux dans le Plan national de développement de la santé. Cependant, cette prise de conscience ne s'est pas accompagnée de la mise en œuvre réelle d'une politique de santé environnementale. Les carences des politiques publiques en la matière sont nettes et se traduisent par les défaillances dans les services publics. Dans cette perspective, les différences de vulnérabilité au choléra des groupes sociaux dans la ville de Cotonou sont aussi liées à l'accès inégal aux aménités urbaines, la maladie se concentrant dans les zones où ces dernières sont les moins présentes – ce qui témoigne du rôle des politiques publiques dans les inégalités écologiques (Chaumel, La Branche, 2008). Face à l'inexistence des services sanitaires, des initiatives locales d'acteurs informels et privés tendent à combler le vide par la production des services d'eau, d'éducation et de santé et l'exploitation d'ouvrages collectifs d'assainissement des excréta au profit des populations de chaque quartier. Malgré leur apport dans l'intégration urbaine des quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan, ces modes locaux d'assainissement sont porteurs de nuisances sanitaires, dont le choléra est un marqueur.

De plus, les populations des quartiers défavorisés sont dotées d'une faible capacité d'interpellation des pouvoirs publics au sujet des nuisances qu'elles subissent. Cela est lié aussi, d'une part, au fait qu'elles prennent part à la production de ces nuisances et, d'autre part, à leur faible perception du lien entre environnement et santé, comme nous le verrons en ce qui concerne les représentations sociales autour du choléra. Or, les mobilisations collectives au sujet des nuisances environnementales peuvent être porteuses non seulement de leur mise à l'agenda public (Deblander, Schiffino, 2013), mais aussi de l'amélioration de la qualité environnementale, comme c'est le cas dans les quartiers Agbato et Enagnon où les protestations, fondées sur le modèle NIMBY, contre les latrines publiques délabrées ont contribué à la fermeture de celles-ci. Le bénéfice de telles mobilisations sur la qualité de l'environnement met alors au jour la place d'inégalités de contribution dans les possibilités d'agir, c'est-à-dire ici de pouvoir d'interpellation de la puissance publique, dans les inégalités écologiques (Chaumel, La Branche, 2008 ; Faburel, 2016). Contrairement à ce qu'on a observé dans le cadre des épidémies dans la ville de Paris au XIX^e, où le choléra a été à l'origine d'avancées notables dans le développement de l'urbanisme (Lévy, 2012, pp. 13-21),

inspirées du courant hygiéniste, la situation des quartiers vulnérables au choléra n'a pas fondamentalement connu une évolution d'un point de vue infrastructurel à Cotonou³¹⁷. Les pouvoirs publics béninois privilégient les campagnes de sensibilisation pour un changement de comportement, laissant penser à un néo-hygiénisme tronqué. C'est ce que nous montrerons dans le chapitre suivant.

³¹⁷ Observation de terrain, juillet-août 2012, 2013, 2014 ; avril 2015.

Chapitre 8

L'occultation des conditions socio-économiques de production des risques
sanitaires environnementaux dans les politiques de santé publique :
un néo-hygiénisme tronqué ?

Ce chapitre analyse la reconvocation du courant hygiéniste dans les politiques de santé publiques au Bénin, et son usage tronqué³¹⁸ dans la prévention du choléra dans la ville de Cotonou en général, et dans les quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan en particulier. Reposant sur un système d'actions politique et urbanistique visant à soigner la ville délétère affectée par des problématiques de propreté, de salubrité, de prévention des épidémies et des maladies transmissibles (Barles, 2011), l'hygiénisme s'est développé au XIX^e siècle au service de la santé publique, au moment où les villes industrielles étaient touchées par différentes épidémies et une mortalité, notamment infantile, élevée (Lévy, 2012). Les enjeux actuels de construction de la « ville durable » aux prises avec des contraintes liées, d'une part, à l'amélioration de la santé et du bien-être des habitants et, d'autre part, à la prévention de la dégradation des écosystèmes, au maintien de la biodiversité, de la qualité de l'air, de l'eau et des sols, etc., incitent les acteurs de l'aménagement urbain à reconvoquer le courant hygiéniste (Tozzi, 2013).

Ce « néo-hygiénisme » constitue un marqueur essentiel des politiques de santé publique au Bénin, en ce qui concerne notamment les mesures de lutte contre les épidémies de choléra. Toutefois, il est mobilisé de façon partielle et se limite à la mise en place de campagnes de communication, alors même que la pensée hygiéniste est plurielle, et dépasse le seul cadre des prescriptions normatives (Fijalkov, 2013). Définies comme « *l'étude et l'utilisation de stratégies de communications interpersonnelles, organisationnelles et médiatiques visant à informer et à influencer les décisions individuelles et collectives propices à l'amélioration de la santé* » (Renaud, de Sotelo, 2007, p. 32), les campagnes de communication, encore désignées par les termes communication pour la santé (CPS), information éducation communication (IEC), marketing social, ou encore éducation pour la santé (EPS), sont massivement mobilisées dans le cadre de la lutte contre le choléra au Bénin. Elles visent à corriger des comportements qui seraient civiquement condamnables, convoquant ainsi l'ordre de la morale (Tozzi, 2013). Cependant, on peut s'interroger sur leurs capacités à modifier les comportements à risque cholérique, quand elles sont axées sur la responsabilité individuelle et ignorent les conditions socio-économiques dans lesquelles ils sont produits.

Nous montrerons dans un premier temps la nature plurielle de la pensée hygiéniste, associant à la fois des préoccupations urbanistiques, sociales et de santé publique, et sa reconvocation dans la construction de la « ville durable ». Ensuite, nous mettrons en lumière comment la

³¹⁸ L'usage tronqué du courant hygiéniste renvoie à sa reconvocation de façon partielle dans les politiques de santé publique au Bénin.

persistance des épidémies de choléra au Bénin traduit la réduction du courant néo-hygiéniste à la seule normalisation des comportements individuels.

8.1 De l'hygiénisme dans la ville délétère au « néo-hygiénisme » dans la ville durable

Même si les règles de salubrité propres à la vie collective et la mise en ordre de l'environnement ne datent pas du XIX^e siècle, le développement de l'hygiénisme marque une rupture avec les pratiques magiques ou divinatoires contre les épidémies par la politisation de la santé (Fijalkow, 2012). Ainsi, mobilisant plusieurs champs de savoirs tels que les statistiques, la géographie, l'urbanisme, la sociologie, etc., le courant hygiéniste vise à la fois la normalisation des comportements, l'instauration d'un État-Providence et la planification urbaine. Il englobe un certain nombre d'actions consistant à promouvoir la santé publique par la prophylaxie, la salubrité de l'habitat privé, la salubrité de l'espace public urbain, la propreté urbaine, le renouvellement urbain, la réintroduction de la nature en ville et la correction des comportements dommageables à la santé (Tozzi, 2013, p. 32).

D'abord, la prophylaxie, au travers des campagnes de prévention et de vaccination, vise la promotion de l'hygiène privée et publique, et celle de l'hygiène alimentaire, etc. Ensuite, la salubrité de l'habitat consiste en la mise en place d'ouvrages d'assainissement, d'adduction d'eau, l'usage de matériaux « propres », l'aération du logement, la création de jardins privés, etc. Par la salubrité de l'espace public urbain, les édiles mettaient l'accent sur son assainissement, qui passait par l'élargissement des rues, la mise en place des égouts et des espaces verts, etc. Cette salubrité de l'espace urbain nécessitait également sa propreté, l'évacuation des déchets, l'excentration des activités polluantes. La pratique hygiéniste intègre par ailleurs le renouvellement urbain, consistant notamment à l'amélioration du logement ouvrier ou populaire, et à l'émergence du logement social et pavillonnaire. On y retrouve aussi une préoccupation liée à la réintroduction de la nature en ville : création de parcs, de jardins-cités et l'émergence de réseaux d'espaces verts. L'espace est ainsi mobilisé à des fins thérapeutiques (Lévy, 2012). Enfin, les comportements favorables à la santé sont promus, par, entre autres, le jardinage, les activités physiques, la toilette et la propreté et une meilleure alimentation. Ce tableau idéal-typique du courant hygiénique peut être complété par l'action d'assistance aux populations défavorisées, comme nous l'avons déjà évoqué dans le chapitre 1.

Tirant leçon des progrès réalisés en termes de santé publique et d'urbanisme sous l'impulsion des hygiénistes du XIX^e siècle notamment, la constitution de la « ville durable » a permis aux aménageurs, comme le montre Pascal Tozzi (2013), de reconvoquer l'hygiénisme, tout en l'adaptant aux préoccupations actuelles, en ce qui concerne notamment le développement durable. En effet, le répertoire de la « ville durable » monte en puissance suite à la Conférence des Nations unies tenue à Rio en 1992 et est promue dans la Charte d'Aalborg de 1994, Charte issue des campagnes des villes européennes durables (Emelianoff, 2007 ; Hajek, 2014 ; Hamman, 2014). Ce terme de ville durable, *sustainable city* en anglais, désigne un « *horizon politique de portée lointaine [et] sert de référentiel prospectif* » (Emelianoff, 2007, p. 48) au développement urbain durable. Une ville durable est « *une ville dans laquelle les habitants et les activités économiques s'efforcent continuellement d'améliorer leur environnement naturel, bâti et culturel au niveau du voisinage et au niveau régional, tout en travaillant de manière à défendre toujours l'objectif d'un développement durable global* » (Haughton, Hunter, 1994, p. 27). Les préoccupations liées à la qualité de l'environnement mises en avant dans cette définition se retrouvent aussi dans celle proposée par Francis Beaucire (cité par Emelianoff, 2007). Selon l'auteur, « *une ville durable est une ville compacte et fonctionnellement mixte, qui offre une qualité et une diversité de vie* ».

Dans les villes européennes, les éco-quartiers constituent une forme matérialisée du projet de ville durable. En mobilisant, entre autres corpus, les discours mis en avant dans les dossiers de candidature aux concours 2009 et 2011 sur les Eco-quartiers, organisés par le ministère français de l'Écologie, du Développement durable, des Transports et du Logement (MEDDET), Pascal Tozzi (2013) montre comment les représentations et la conception des éco-quartiers par des porteurs de projets sont axés sur le courant « néo-hygiéniste ».

En effet, s'alignant derrière les recommandations de l'OMS sur la prise en compte des préoccupations sanitaires par l'urbanisme, en ce sens que la construction d'une « ville durable » doit contribuer à la réduction des taux de morbidité et à la promotion des activités favorables à la santé (Burton, Tsougou, 2000), les aménageurs ont intégré dans leurs projets d'éco-quartiers un argumentaire visant le bien-être habitant, la propreté, la lutte contre l'habitat précaire et les foyers de maladies, etc. Le néo-hygiénisme reformule les actions hygiénistes de promotion de la santé publique et y intègre les principes de la ville durable (Tozzi, 2013). Ainsi, par exemple, la prévention de la morbidité repose sur les campagnes de prévention, le principe de précaution, l'hygiène de vie ; la salubrité de l'habitat privé exige l'usage de matériaux propres et écologiques ; la propreté urbaine nécessite des transports

« doux », utilisant des énergies renouvelables, le tri sélectif des déchets ; la promotion de comportements éco-citoyens met en avant la pratique d'activités sportives, le jardinage, etc. Cette préoccupation pour la santé publique dans le cadre de la ville durable est, par exemple, mise en avant dans le projet Ecoquartier de New Islington lancé en 1999 à Manchester au Royaume-Uni, en prenant en compte, en particulier, des exigences en matière de gestion de déchets et de l'eau (Béal *et al*, 2011). Cette préoccupation pour la gestion des déchets et de l'eau traduit la prise en compte des enjeux sanitaires dans le projet de « ville durable », d'autant que l'eau et les déchets sont porteurs de risques sanitaires, comme nous l'avons montré pour le cas de Cotonou.

Dans cette même perspective, Stéphane Frioux (2008) associe les origines de la « ville durable » aux préoccupations hygiénistes d'amélioration de l'espace urbain à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle. Face aux conditions de vie précaires dans les villes industrielles, notamment françaises, faisant de ces dernières des foyers de développement de pathologies diverses liées pour la plupart à la dégradation de l'environnement, des initiatives des hygiénistes consistaient à protéger les citoyens par la sécurisation de l'approvisionnement en eau potable et l'évacuation des excréments urbains, la mise en place de dispositifs de propreté urbaine et le développement d'un urbanisme basé sur l'hygiène. On observe déjà, selon l'auteur, l'existence dans certaines villes européennes d'un système de tri sélectif des déchets. C'est l'exemple de Charlottenbourg, près de Berlin, décrit en 1906 par Georges Avrède (cité par Frioux, 2008, p. 64) en ces termes : « *Dans la cour des maisons, trois grands récipients recueillent les trois sortes d'ordures ; le récipient des restes de repas est enlevé et vidé plus fréquemment que les autres. Les cendres et les balayures sont envoyées directement aux champs, les restes de repas sont cuits dans un bâtiment spécial sous pression de vapeur et convertis en tourteaux alimentaires pour les bêtes à engraisser ; les débris industriels sont, dans un autre bâtiment, séparés suivant leur nature pour être vendus aux industries qui peuvent les utiliser* ». Une partie des déchets est d'ailleurs recyclée au profit des industries et même de l'agriculture (Barles, 2005).

Si les principes hygiénistes sont reconvoqués dans la construction de la ville durable dans les pays occidentaux tout comme en Afrique en général, et au Bénin en particulier, ils sont partiellement mobilisés et réduits à leur dimension prophylactique dans les campagnes de communication. La promotion de la santé publique au Bénin relève essentiellement du secteur sanitaire alors que la pensée hygiéniste mobilise une pluralité de disciplines, comme nous l'avons souligné plus haut, au service de la santé.

8.2 La responsabilisation individuelle au risque cholérique dans les campagnes de communication au Bénin

Malgré les progrès scientifiques liés notamment à la maîtrise de l'étiologie des maladies infectieuses et parasitaires, il n'est pas impossible d'esquisser un parallèle entre la ville industrielle « délétère » et les villes d'Afrique subsaharienne. Car, comme nous l'avons montré dans le deuxième chapitre, il existe une similitude entre les conditions socio-économiques et politiques qui ont favorisé l'émergence de maladies épidémiques dans les villes industrielles et celles à l'origine de telles pathologies dans les villes africaines. Pour autant, les « recettes » de l'hygiénisme, ayant permis d'éradiquer les épidémies dans les villes industrielles, sont partiellement mobilisées, notamment dans la lutte contre les épidémies comme le choléra au Bénin. Le néo-hygiénisme appliqué dans la promotion de la santé publique au Bénin et dans la ville de Cotonou se focalise essentiellement sur la dimension moralisatrice et normative, au travers des campagnes de communication.

Dans le cadre de la prévention du choléra, ces campagnes constituent une activité programmée qui s'exécute chaque année en début de saison de pluie à Cotonou, vers le mois de juin. «... *Chaque année, des cas [de choléra] que nous enregistrons commencent à partir du mois de juin avec les pluies, et à partir du mois de mai déjà, nous menons des actions sur le terrain. Nous essayons de passer dans ces quartiers, des quartiers ciblés qui se situent le long de la zone lagunaire pour passer à l'information* »³¹⁹. C'est donc une action épisodique et non permanente.

Les messages produits dans le cadre des campagnes de communication sur le choléra, qu'elles soient de proximité ou médiatiques, visent à modifier les comportements individuels ; elles reposent sur l'idée que l'individu est responsable de son bien-être et du bien-être collectif (Massé, 1995 ; Ketterer, 2013). C'est avec cet arrière-plan que les autorités sanitaires tentent de modifier les comportements des populations par rapport à l'eau, à la gestion des déchets, à la consommation alimentaire, aux interactions avec les malades cholériques, et au recours aux soins de santé. L'individu est donc placé au cœur de la chaîne épidémique du choléra.

La communication de proximité consiste d'abord à sensibiliser les habitants des quartiers déjà ciblés par le service d'hygiène du centre de santé d'Ayélawadjè, sur la qualité de l'eau, que ce soit pour la boisson ou pour les autres usages non alimentaires. Ce sont les relais

³¹⁹ Propos du Responsable Hygiène du centre de santé d'Ayélawadjè, recueillis lors d'un entretien le 30 juillet 2012 à Cotonou.

communautaires³²⁰ qui assurent cette communication de proximité axée d'abord sur l'eau : « *Nous, on les prévient [les habitants] par rapport à l'épidémie du choléra, des précautions qu'ils doivent prendre par rapport d'abord à l'eau qu'ils utilisent comme eau de boisson, nous leur conseillons de traiter l'eau avec aquatabs³²¹, un comprimé pour 20 litres d'eau, et quand l'eau est trouble, on leur demande de prendre deux comprimés pour traiter l'eau de boisson* »³²². Olivier Guédé, chargé de programme du Mouvement des jeunes chrétiens pour le développement (MJCD), renchérit : « *Grâce aux relais communautaires dirigés par des femmes, nous avons fait la promotion du produit aquatabs pour purifier les eaux et éviter les contaminations... Nous sommes allés de maison en maison pour parler aux populations et leur faire comprendre les causes réelles du choléra, avec surtout les attitudes et comportements à adopter pour éviter l'épidémie* »³²³. L'ONG MJCD intègre l'approche genre dans sa démarche de proximité, avec des relais communautaires dirigés par des femmes, ce qui n'est pas le cas au niveau du service hygiène du centre de santé d'Ayélawadjè. Tous³²⁴ les relais recrutés par ce service sont de sexe masculin. Enfin, l'ONG PSI-Bénin³²⁵ a mis à la disposition de la Direction départementale de la santé Atlantique Littoral 1000 kits d'Orasel Zinc³²⁶ et 1000 plaquettes d'Aquatabs pour la désinfection de l'eau.

Cette promotion du produit Aquatabs pour la purification de l'eau s'inscrit dans le cadre du projet « Marketing social plus » pour la lutte contre les maladies diarrhéiques (POUZN), des ONGs américaines Abt Associates et Population Service International (PSI), mis en place au Bénin en 2008 sous l'impulsion de l'USAID³²⁷. Après la phase d'évaluation de la situation sanitaire relative aux maladies liées à l'eau et aux différentes options de traitement possible de l'eau, POUZN a proposé Aquatabs comme le produit le plus adapté au contexte national. Ainsi, des comprimés de dichloroisocyanurate de sodium (NaDCC), fabriqués par la compagnie irlandaise Medentech, sont-ils importés sous le nom de marque Aquatabs, et commercialisés sur tout le territoire national au prix de 125 Fcfa (0,25 dollar US) la plaquette

³²⁰ Ce sont des personnes recrutées par le centre de santé d'Ayélawadjè pour assurer les campagnes de communication dans les quartiers ciblés.

³²¹ Comprimé effervescent pour la désinfection de l'eau. Son emploi prévient les diarrhées et les troubles gastro-intestinaux en éliminant les micro-organismes transmis par l'eau de boisson contaminée. <http://www.eurekasante.fr/parapharmacie/vidal/produits-id92-AQUATABS.html>, consulté le 20 janvier 2016.

³²² Entretien avec le Responsable Hygiène du centre de santé d'Ayélawadjè le 30 juillet 2012 à Cotonou.

³²³ Propos recueillis par Ulrich Vital Ahotondji, dans son article « Marketing social et communication comme solution durable au choléra », publié le 10 décembre 2010 dans *Inter presse services new agency*.

³²⁴ Au cours de nos enquêtes de terrain, nous avons travaillé avec quatre relais communautaires tous de sexe masculin.

³²⁵ Population Service International.

³²⁶ Solution buvable pour traiter la diarrhée.

³²⁷ USAID, *Fourniture d'une eau potable grâce au programme Aquatabs du POUZN au Bénin. Résultats et leçons apprises*, 12 p.

de 10 comprimés. Aquatabs est disponible dans plus de 1050 points de vente et 450 centres de santé du secteur public dans l'ensemble du pays. La promotion de ce produit dans le cadre des campagnes de communication sur le choléra par le centre de santé d'Ayélawadjè n'est pas anodine. Elle repose sur un partenariat public-privé, entre POUZN et l'USAID, et impliquant fortement le ministère de la Santé par le biais de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CAME) et des centres de santé. Le comprimé Aquatabs a également fait l'objet de promotion dans d'autres pays africains. C'est en avril 2013 qu'il a été lancé au Burkina Faso, porté par le programme West Africa Water Supply, Sanitation and Hygiene program (WA-WASH) de l'USAID. Représentant un montant de 14 milliards de Francs CFA, ce projet vise la mise à disposition de 10 millions de comprimés d'Aquatabs à plus de 321 000 personnes dont 51% de femmes dans 132 villages burkinabè³²⁸. Entre le 20 et le 26 mai 2015, 72 000 comprimés ont été achetés par les populations à l'occasion de la promotion de ce produit dans les provinces du Bam et du Sanmatenga dans la région centre-nord du Burkina Faso³²⁹.

En ce qui concerne l'eau utilisée pour les toilettes, provenant notamment des puits, une action de plus grande envergure que la promotion du produit Aquatabs est menée dans les quartiers concernés. En plus de l'injonction des ménages au curage trimestriel des puits, le service hygiène du centre de santé d'Ayélawadjè, procède à la désinfection gratuite de ces puits à l'hypochlorite de calcium. Selon le responsable dudit centre de santé, cette opération se fait de façon systématique, avec pour objectif de traiter tous les puits dans les quartiers ciblés. *« Par rapport à l'eau de toilettes, il faut noter que les gens utilisent l'eau de puits pour les toilettes. Vous n'êtes pas sans savoir que l'eau de puits de Cotonou est contaminée par rapport à la nappe phréatique. Nous leur demandons chaque année de vider l'eau, au moins par trimestre, ils vident l'eau et font le curage. Et nous essayons de traiter l'eau avec l'hypochlorite de calcium. Nous faisons des traitements systématiques [des puits]. Par rapport à ces traitements systématiques, nous mettons 100g d'hypochlorite de calcium. Nous savons que si nous voulons réaliser de pots diffuseurs pour le traitement, ça va nécessiter assez de fonds, et comme la population ne dispose pas de moyens, nous traitons l'eau de toilettes avec de l'hypochlorite de calcium. Le traitement est gratuit »*³³⁰. Le traitement à l'hypochlorite de calcium vise à assainir l'eau renouvelée des puits après leur curage. Ce type de traitement est moins cher que celui à l'aide de pots diffuseurs, même si ce dernier produit des effets sur une

³²⁸ « Aquatabs : un produit de traitement de l'eau à domicile », publié par *Le faso.net* le 9 avril 2013, consulté le 17 février 2016.

³²⁹ WA-WASH USAID, *KOOM LA VIIM NEWS*, volume 11, 2015.

³³⁰ Propos du Responsable Hygiène du centre de santé d'Ayélawadjè, recueillis lors d'un entretien le 30 juillet 2012 à Cotonou.

durée plus longue. Cependant, l'objectif d'un traitement systématique n'est pas souvent atteint dans la réalité, car selon notre enquête, les agents ne parviennent pas à couvrir tous les quartiers dits à risque, situés majoritairement sur la berge lagunaire et au bord du lac Nokoué. En 2010, le centre de santé d'Ayélawadjè a procédé à la désinfection de 1083 puits dans la zone sanitaire Cotonou II/III. Seulement 6 pots diffuseurs ont été mis en place. En 2011, cette zone sanitaire a pu bénéficier du traitement de 238 puits sur 272 programmés ; et en 2012, de 691 sur 800 programmés ³³¹. Cette activité n'est pas spécifique à la zone sanitaire Cotonou II/III. La zone sanitaire Cotonou I/IV a également procédé à la désinfection de 794 puits en 2010 et de 1822 en 2011³³². Ces chiffres montrent l'intérêt accordé à la qualité de l'eau dans la prévention du choléra et les limites de telles opérations.

Cette polarisation de l'action prophylactique sur l'eau traduit clairement la perception de cette dernière, même au niveau des pouvoirs publics, comme vecteur de transmission du choléra. *« Étant donné que c'est une maladie liée au péril hydro-fécal, donc à l'eau, nos actions vont se concentrer sur l'eau pour avoir une eau de bonne qualité, une eau qui n'est pas souillée... Donc mesures préventives, il faut assainir l'eau »*³³³. Le centre de santé bénéficie d'ailleurs de l'appui de la Compagnie nationale des Sapeurs pompiers. Celle-ci apporte de l'eau potable dans une citerne et approvisionne les populations le temps de l'épidémie. La compagnie des sapeurs pompiers a distribué 337 500 litres d'eau dans les quartiers Adogleta, Enagnon et Yénawa, du 22 au 27 août 2008 (Gbary *et al.*, 2011). La fourniture d'eau potable par les pompiers vise à dissuader les résidents d'utiliser de l'eau éventuellement souillée par le vibrion cholérique. Il s'agit donc pour ces autorités d'améliorer les comportements individuels par rapport à l'utilisation de l'eau.

La communication de proximité s'intensifie lorsque l'épidémie³³⁴ de choléra se déclare. *« Nous descendons pour aller dans la communauté pour leur parler de cette maladie et la conduite à tenir devant un cas de diarrhée qui inquiète..., donc eux aussi dès qu'ils voient des cas comme ça, ils ont recours très tôt au centre de santé. La semaine prochaine [semaine du 16 au 22 juillet 2012], on a une campagne de sensibilisation, on doit descendre sur le terrain pour parler de ça, parce qu'on commence déjà à apprendre que le choléra a commencé dans*

³³¹ Annuaire des statistiques sanitaires de la zone Cotonou II/III 2010, 2011, 2012.

³³² Annuaire des statistiques sanitaires de la zone Cotonou I/IV 2010, 2011.

³³³ Propos du médecin-chef du centre de santé d'Ayélawadjè, recueillis lors d'un entretien le 12 juillet 2012 à Cotonou.

³³⁴ Selon le Responsable Hygiène, la déclaration d'un cas confirmé de choléra marque le début d'une épidémie.

la zone sanitaire de Sèmè kpodji³³⁵, j'ai appris mais je n'ai pas vérifié »³³⁶. On s'aperçoit que la communication de proximité, axée sur l'eau avant le début de l'épidémie, intègre les facteurs de risques comportementaux au sens le plus large, avec un accent marqué sur les comportements visant à éviter la contamination de la maladie. La communication de proximité se déroule sur la place publique de chaque quartier, où sont réunies les populations locales, invitées la veille par un crieur public. Toutefois, la mise en place de ces campagnes de communication de proximité n'a pas toujours été faite au début des épidémies. En 2008, les opérations de sensibilisation et d'assainissement de base dans les quartiers touchés n'ont débuté que quatre semaines après le début de l'épidémie (Gbary *et al.*, 2011).

Lors de l'épidémie de 2008, diverses ONGs³³⁷ ont contribué à la réalisation des « cinés-cités ». Ce sont des projections de films sur le choléra et les mesures à prendre pour l'éviter. *« En fait, nous faisons des projections... on amène un véhicule qui détient un groupe électrogène, et puis nous avons des panneaux et nous faisons des projections par rapport à ça. Comme ça, les populations sont bien imprégnées. C'est une politique pour amener un grand nombre de personnes. Souvent, ça se fait les soirs à partir de 19h-20h, que nous passons l'information. Donc c'est juste pour pouvoir rassembler un grand nombre de personnes. Parfois, quand on va sur le terrain sans véhicule, on constate que la population n'est pas tellement intéressée. Mais quand ils voient que c'est quelque chose d'extraordinaire comme ça, comme la projection, ils viennent »*³³⁸. Pendant l'épidémie de 2008, des films de sensibilisation sur les mesures de prévention du choléra ont été diffusés par un ciné-bus sur les places publiques dans les quartiers Agbato, Adogleta, Enagnon, Kpankpan et Yénawa, les soirs de 19 à 23 heures (Gbary *et al.*, 2011). Les organisateurs des projections de films jouent ici sur la modernité, matérialisée par un véhicule doté d'instruments de projection cinématographique, pour attirer du monde autour des activités de communication de proximité dans les quartiers.

³³⁵ Commune située à l'est de Cotonou.

³³⁶ Propos du médecin-chef du centre de santé d'Ayélawadjè, recueillis lors d'un entretien le 12 juillet 2012 à Cotonou.

³³⁷ Il s'agit d'ONGs locales comme RACINES, et internationales comme Plan Bénin, PSI-ABMS, Croix Rouge, etc.

³³⁸ Extrait d'un entretien avec le Responsable hygiène du centre de santé d'Ayélawadjè le 30 juillet 2012 à Cotonou.

Photo 21 : Communication de proximité dans le quartier Enagnon de Cotonou sur le choléra



Source : Service d'hygiène du centre de santé d'Ayélawadjè, 2010.

Les campagnes de communication ne sont pas non plus spécifiques à la prévention du choléra dans les quartiers de la berge lagunaire. Elles intègrent également un large éventail d'activités entrant dans le cadre de la promotion de l'hygiène. Il s'agit, entre autres, des séances de sensibilisation³³⁹ et des visites intra-domiciliaires. En effet, les séances de sensibilisation sont organisées autour de diverses thématiques telles que le paludisme, l'hygiène des denrées alimentaires, les maladies hydro-fécales, dont évidemment le choléra, l'entretien des ouvrages d'assainissement de base, les dangers liés à la consommation des médicaments de rue. Ces séances ont lieu dans le centre de santé d'Ayélawadjè au profit des usagers. 94 séances ont été organisées en 2010, 24 en 2011, 51 en 2012. Cette activité s'est étendue au milieu scolaire, où les écoliers et les vendeuses de nourriture sont également sensibilisés au lavage de mains et à l'hygiène des denrées alimentaires³⁴⁰. Quant aux visites intra-domiciliaires, elles visent spécifiquement à sensibiliser les ménages sur l'hygiène du milieu et la souscription d'un abonnement auprès des structures de pré-collecte des déchets. En 2010, 328 parcelles ont été visitées, 39 en 2011 et 295 en 2012³⁴¹. Ces séances de sensibilisation s'intéressent donc à une

³³⁹ L'annuaire des statistiques sanitaires Cotonou II/III désigne ces séances de sensibilisation par le terme « IEC ».

³⁴⁰ Annuaire des statistiques sanitaires de la zone Cotonou II/III 2010, 2011, 2012.

³⁴¹ *Ibid.*

cible plus large, constituée de l'ensemble des populations des quartiers les plus vulnérables aux maladies hydro-fécales en général, et au choléra en particulier.

Mais les campagnes de proximité visent plus précisément les ménages de malades cholériques dès lors que les premiers malades sont reçus au centre de santé d'Ayélawadjè en pleine épidémie, ce qui fait varier du coup l'échelle de la prévention. Pierre Arwidson, dans un article consacré à la prévention, rappelle la classification alternative proposée par Robert S. Gordon (1983), qui prend en compte une pluralité de cibles bien définies. Il distingue la prévention universelle, qui concerne la population entière, notamment dans le cadre des réglementations, taxation, par exemple ; la prévention sélective, qui est orientée vers une catégorie de la population en fonction de critères socio-démographiques ; et enfin la prévention indiquée, qui vise les personnes ayant un indice observable ou mesurable de risque (Gordon, 1983, cité par Arwidson, 2010, p. 357). Dans le cadre du choléra, on voit bien que la prévention sélective a été à l'origine des campagnes de communication de proximité au profit des populations dans les quartiers dits à risque, identifiés par le centre de santé de prise en charge, en référence à la provenance des malades cholériques. Les quartiers retenus pour les campagnes de proximité sont ceux de la zone sanitaire de laquelle provient la grande majorité des malades cholériques.

Le passage de la prévention « sélective » à la prévention « indiquée » se traduit par la visite au domicile des personnes malades reçues dans le centre de santé. L'objectif de ces visites est de limiter la contamination aux personnes partageant l'environnement immédiat du malade, qui font face à un risque réel. Il s'agit concrètement d'agir sur les interactions entre les membres de son entourage et le malade cholérique. *« Et maintenant, en cas d'épidémie..., les précautions que nous prenons, c'est quand les malades viennent directement au niveau du centre, nous les recevons, nous prenons leurs adresses ; et puis les moyens qu'ils utilisent pour le transport sont décontaminés pour ne pas propager la maladie. Secondo, ceux qui viennent, on leur donne de doxycycline, à leur entourage, et maintenant on se déplace pour aller à leur ménage respectif pour sensibiliser ceux qui sont autour de ces maisons pour savoir quelles sont les précautions à prendre »*³⁴². La prévention indiquée touche toutes les personnes identifiées comme susceptibles de contaminer les autres, notamment les conducteurs de taxis-moto qui transportent les malades vers le centre de santé.

³⁴² Propos du responsable du service d'hygiène du centre de santé d'Ayélawadjè recueilli lors d'un entretien le 30 juillet 2012 à Cotonou.

Par ailleurs, les visites de prévention sont organisées au profit des gérants des latrines publiques. En 2008, cette action a concerné particulièrement les latrines publiques du quartier Enagnon, où l'eau de Javel et autres produits désinfectants ont été mis à la disposition des gérants (Gbary *et al.*, 2011), et ont servi à désinfecter les latrines le temps de l'épidémie.

La communication de proximité rappelle les pratiques hygiénistes des visites à domicile effectuées par les commissions de salubrité mises en place dans la ville de Paris au XIX^e siècle, et chargées de rechercher les causes de l'insalubrité des logements (Le Mée, 1998), au motif de l'hygiène et de la santé publique (Fijalkow, 2012). Toutefois, dans la pratique hygiéniste, ces visites étaient plus poussées, allant de l'extérieur à l'intérieur. Jankel Fijalkow (*idem.*, pp. 117-118) signale la méthode d'inspection des maisons, développée par le médecin des épidémies Louis Lepecq de la Clôture (1736-1804), qui consistait en un protocole à six étapes prenant en compte : *Circumfusa*, c'est-à-dire l'étude la météorologie, de l'hydrologie, de la géologie et des climats ; *Ingesta*, ou l'étude de l'alimentation ; *Applicata*, l'étude de l'habillement ; *Excreta*, c'est-à-dire l'étude des excréments ; *Percepta*, ou l'étude des mœurs de la sexualité, de l'hygiène, etc. ; et enfin *Gesta*, étude des mouvements habituels, des activités professionnelles, du sommeil.

Dans la ville de Cotonou, la communication de proximité est renforcée par une mobilisation médiatique. Les campagnes médiatiques de prévention du choléra consistent en un ensemble d'activités de sensibilisation des populations par le biais des médias sur les facteurs de risque face à cette maladie, et les comportements à adopter pour éviter les contaminations. Elles mobilisent aussi bien la presse écrite qu'audiovisuelle, et passent soit par des communiqués de presse, soit par des interventions directes des autorités sanitaires ou d'autres acteurs impliqués. Les organes locaux de presse écrite, les radios et les télévisions sont sollicités pour relayer les messages des autorités sanitaires et de leurs partenaires. Certains acteurs parlent d'ailleurs de « battage médiatique » : « *Heureusement que dès que ça commence [les épidémies de choléra], il y a un battage médiatique... la direction départementale de la santé, le ministère, et tout le monde se met dedans. Même le ministre parfois prend la parole pour donner quelques conseils, quelques sensibilisations pour que, au moins dans le comportement aussi, les gens aient des attitudes responsables pour éviter de se laisser contaminer* »³⁴³.

³⁴³ Selon un conseiller du bureau de l'OMS au Bénin, lors d'un entretien réalisé le 12 juillet 2012.

Les autorités sanitaires, telles que le ministre de la Santé et les responsables de la direction départementale Atlantique-Littoral³⁴⁴, délivrent des messages, notamment à l'occasion des visites de sites de traitement des malades cholériques en cas d'épidémie. Leurs discours visent à indiquer les comportements à adopter par les malades cholériques et leurs proches, en ce qui concerne l'hygiène et le recours aux soins. « *Le choléra est une maladie comportementale très contagieuse. La maîtrise de l'épidémie passe par l'adoption de bonnes pratiques d'hygiène. Un individu qui commence à faire une diarrhée suivie ou pas du vomissement, après les premières selles à la maison, les deuxièmes selles doivent être faites à l'hôpital pour une prise en charge rapide et précoce. La prise en charge est gratuite* »³⁴⁵. On retrouve les mêmes préoccupations dans les propos de la directrice de l'hygiène et de l'assainissement de base du ministère de la Santé publique, qui rappelle aux populations les règles d'hygiène de base qui consistent selon elle à se laver les mains avant chaque repas et après les toilettes et assainir son cadre de vie, avant d'ajouter : « *à défaut du savon, on peut se laver les mains à l'aide des cendres recueillies des foyers* »³⁴⁶. Ces propos reposent sur l'idée que les populations ignorent les règles d'hygiène, et ne se laveraient pas les mains par manque de ressources financières pour se procurer du savon.

Les campagnes contre le choléra se font plus encore sous forme de communiqués de presse. Des messages sont diffusés à la télévision nationale et sur les antennes privées, relayées dans la presse écrite et les radiodiffusions. Le contenu des messages est invariable. Il met l'accent sur les comportements dits sains pour éviter de contracter la maladie. Ces communiqués se présentent comme des prescriptions à respecter rigoureusement par les populations pour « enrayer » la maladie, pour citer le ministre de la Santé publique dans un communiqué du 22 août 2011, qui présente dix recommandations, consistant à :

- « 1- *Se laver les mains à l'eau et au savon avant chaque repas ;*
- 2- *Se laver les mains à l'eau et au savon après être allé aux toilettes ;*
- 3- *Utiliser l'eau de robinet pour la boisson ou à défaut, faire bouillir l'eau destinée à la boisson ;*
- 4- *Eviter de consommer les crudités et tout aliment à base d'eau d'origine douteuse ;*
- 5- *Bien cuire les aliments avant la consommation ;*

³⁴⁴ Direction dont relève la ville de Cotonou en matière sanitaire.

³⁴⁵ Propos de la directrice départementale de la santé des départements de l'Atlantique et du Littoral, recueillis par Parfait Boco, publiés dans *L'Informateur* du jeudi 26 août 2010.

³⁴⁶ Propos de la directrice de l'hygiène et de l'assainissement de base du ministère de la Santé publique lors de l'épidémie de choléra de 2011 à Cotonou, recueillis et publiés par Reece Adanwenou, dans *Fraternité* du 25 août 2011.

- 6- Consommer les aliments pendant qu'ils sont encore chauds ;
- 7- Bien laver les fruits et les légumes avant la consommation ;
- 8- Utiliser les latrines ou à défaut, faire ses besoins dans un trou et fermer aussitôt ;
- 9- Débarrasser les abords des sources d'eau potable des ordures et des eaux usées stagnantes ;
- 10- Protéger les aliments contre les mouches et autres insectes »³⁴⁷.

Le communiqué se termine par la nécessité de conduire toute personne ayant déclaré une diarrhée liquide, suivie ou non de vomissement, au centre de santé d'Ayélawadjè pour une prise en charge gratuite ; le message s'adresse aux populations de façon générale et ne désigne aucune cible particulière.

La communication de proximité et les campagnes médiatiques sont donc essentiellement axées sur la responsabilité des individus, que ce soit en termes de conduites quant à l'usage de l'eau de consommation, ou dans leurs rapports avec autrui, notamment dans les interactions entre malades cholériques et non malades. Les malades sont invités à se rendre immédiatement au centre de santé, afin d'éviter de contaminer les autres, pendant qu'une visite à domicile est effectuée au profit des proches de malades, afin que ceux-ci évitent des comportements pouvant compromettre leur santé dans l'espace domestique.

Le recours presque exclusif aux campagnes de communication dans la prévention des épidémies de choléra repose sur la perception de cette maladie par les autorités sanitaires comme essentiellement comportementale. « *Le choléra est une maladie de comportement. Or, certains malades sont difficiles à gérer, ce qui fait que beaucoup de personnes se réinfectent... Le vrai problème lié à cette maladie est la communication. Je crois qu'il faut surtout communiquer sur les règles d'hygiène et manger chaud* »³⁴⁸. L'individu est perçu comme responsable de la propagation épidémique du choléra, du fait de sa consommation d'eau souillée, du manque d'hygiène dans la manipulation des denrées alimentaires, de son habitation dans un milieu insalubre, et son absence de recours aux soins de santé. La responsabilité individuelle est donc placée au cœur des campagnes de communication.

³⁴⁷ Cellule de communication du ministère de la Santé, communiqué signé par le ministre de la Santé, Pr. Dorothee A. Kinde-Gazar, et diffusé à la télévision nationale, www.beninsante.bj.

³⁴⁸ Propos de Virginie Mongbo Adé, ancien médecin-chef du centre de santé d'Ayélawadjè, recueilli par Ulrich Vital Ahotondji dans son article « Marketing social et communication comme solution durable au choléra », publié dans *Inter presse services new agency*, le 10 décembre 2010.

Cette préoccupation pour la santé individuelle et collective trouve son origine au XVIII^e siècle avec l'apparition des notions de population et de santé publique, cette dernière étant définie comme « *la manière dont on a essayé, depuis le XVIII^e siècle, de rationaliser les problèmes posés à la pratique gouvernementale par les phénomènes propres à un ensemble de vivant constitué en population : santé, hygiène, natalité, longévité, races...* » (Foucault, 2004, p. 367). Conscient de ce que la santé de sa population est essentielle pour sa force et sa prospérité, l'État a développé un « biopouvoir » qui vise à gérer la vie, la majorer, la multiplier, la contrôler, la réguler... Il s'agit pour Michel Foucault (2004) d'une « *sorte d'étatisation du biologique* ». La protection de la personne humaine, notamment sa santé, est un droit consacré par la constitution du Bénin. « *La personne humaine est sacrée et inviolable. L'État a l'obligation absolue de la respecter et de la protéger. Il lui garantit un plein épanouissement. A cet effet, il assure à ses citoyens l'égal accès à la santé, à l'éducation, à la culture, à l'information, à la formation professionnelle et à l'emploi* »³⁴⁹.

L'individualisation de la santé, portée par les campagnes de communication, doit être aussi rapportée à la gouvernementalité contemporaine qui met en avant la responsabilisation individuelle et la psychologisation du social, comme deux traits principaux de l'espace social (Ketterer, 2013). Les messages diffusés dans le cadre des campagnes de communication en santé publique font croire aux individus que le bien-être collectif dépend de leur responsabilité. Cette responsabilisation de l'individu est empreinte de culpabilisation. C'est en définitive une « *conception qui place le sujet et la subjectivité au cœur de l'interprétation* » (Fassin, 2004, cité par Ketterer, 2013). Cette conception tend donc à présenter des problèmes sociaux inscrits dans un cadre socio-économique donné comme déterminés par des facteurs psychologiques, avec le risque de les naturaliser (Ketterer, 2013).

Le recours aux campagnes de communication sur le choléra révèle par ailleurs l'interprétation que font les pays d'Afrique francophone de la notion de « promotion de la santé » (Houéto, Valentini, 2014). Celle-ci a fait l'objet de la première Conférence mondiale tenue à Ottawa au Canada en 1986 sous l'égide de l'OMS, et a donné lieu à la charte qui porte le nom de cette ville. Dans la Charte d'Ottawa, « *la promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens pour l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter...* ». L'intérêt accordé à cette notion par l'OMS s'est traduit par

³⁴⁹ Article 8 de la Constitution de la République du Bénin du 11 décembre 1990.

l'organisation de huit conférences internationales³⁵⁰ sur cette thématique de 1986 à 2013. Elle repose sur l'idée que la santé est une ressource de la vie quotidienne. Elle ne vise pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé, mais « le bien-être complet » de l'individu (Charte d'Ottawa, 1986). La promotion de la santé reprend à son compte la définition même de la santé contenue dans le Préambule à la Constitution de l'OMS³⁵¹, adopté par la Conférence internationale sur la Santé à New York du 19 au 22 juin 1946, à savoir : 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* ».

Le lien étroit établi entre le mental et le social dans la définition de la santé, reprise dans la notion de promotion de la santé, fait écho à l'approche de Norbert Elias (1969, édition de 1975) qui récusé l'opposition entre les structures psychiques et les structures sociales dans le processus de civilisation. Selon le sociologue allemand, la vie collective, marquée par une interdépendance entre les groupes sociaux, passe par « *l'autocontrainte* », c'est-à-dire la contrainte exercée par l'individu sur lui-même, pour le contrôle de ses pulsions, la maîtrise de ses émotions et de ses inclinaisons violentes. Ainsi les transformations des structures psychiques et des structures sociales s'opèrent-elles conjointement et indissociablement comme deux facettes d'un même phénomène.

Cependant, la notion de promotion de la santé a fait l'objet d'interprétations diverses, parfois différentes selon les pays. Si la France privilégie l'éducation pour la santé en matière d'adoption de comportements sains par rapport à la santé, le Québec met l'accent sur les politiques publiques et les environnements favorables à la santé, alors qu'en Afrique francophone le terme promotion de la santé est encore utilisé pour désigner l'information, l'éducation et la communication (IEC), ou l'éducation pour la santé (EPS), la communication pour un changement de comportements (CCC) ou encore la communication tout court (Houéto, Valentini, 2014, pp. 14-15).

³⁵⁰ Après Ottawa où les bases de cette notion ont été définies, sept autres conférences ont été organisées sur différents aspects de la promotion de la santé, successivement à Adélaïde (Australie) en 1988 sur les politiques publiques favorables à la santé ; à Söndsvall (Suède) en 1991 sur la création des environnements favorables ; à Jakarta (Indonésie) en 1997 sur l'adaptation de la Promotion de la Santé au XXI^e siècle ; à Mexico (Mexique) en 2000 sur les inégalités de santé ; à Bangkok (Thaïlande) en 2005 sur la Promotion de la Santé à l'heure de la mondialisation ; à Nairobi (Kenya) en 2009 sur la promotion de la santé et le développement ; et enfin à Finlandia Hall (Finlande) en 2013 sur le thème « la santé dans toutes les politiques ».

³⁵¹ La Constitution de l'OMS peut être consultée sur <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>.

Même si les notions d'IEC ou de CCC sont souvent utilisées indistinctement, il existe une différence entre elles, que ce soit du point de vue de leur objectif que de leur méthodologie. L'IEC est définie comme une « *combinaison de stratégies, approches et méthodes de communication apportant des connaissances aux individus, familles, groupes, organisations et communautés, leur permettant de jouer un rôle actif dans l'obtention, la protection et le maintien de leur propre santé* » (Roll Back Malaria, 2009). Elle utilise donc une approche de communication du « haut en bas », c'est-à-dire des professionnels de santé vers les groupes cibles. Quant à la CCC, bien qu'elle inclue les composantes de base de l'IEC, elle s'intéresse particulièrement aux comportements à modifier chez les individus et les groupes clés. Ainsi se fonde-t-elle sur l'étude préalable des facteurs individuels, environnementaux et sociaux susceptibles de les influencer, et les conditions d'adhésion des groupes cibles aux contenus des communications (Lamoureux, 2005).

Cette réduction de la promotion de la santé aux campagnes de communication est même présente dans des travaux publiés par des médecins et spécialistes en santé publique, comme c'est le cas lorsque que les auteurs d'un article signalent que la « *promotion de la santé a démarré de manière intensive 48 heures après la détection du premier cas [de choléra]...* » (Gbarry *et al.*, 2011). Toutefois, plutôt que de parler d'« interprétation » de la notion de promotion de la santé, comme Houéto et Valentini (2014), le recours presque exclusif des pays d'Afrique francophone, dont le Bénin, aux techniques d'IEC, d'EPS ou de CCC peut être lu comme un usage de la promotion de la santé. En effet, le terme interprétation renvoie à la compréhension que l'on a de quelque chose, au sens qu'on lui donne. Or, la compréhension de la notion de promotion de la santé par tous les pays d'Afrique francophone ne se réduit pas à la communication pour la santé. Par exemple, au Bénin, le document de Politique Nationale de Promotion de la Santé, adopté en décembre 2008, bien que reconnaissant que l'essentiel des aspects de la promotion de la santé utilisés sont des campagnes de communication, a mis l'accent sur la nécessité de prendre en compte l'ensemble des déterminants de la santé, en impliquant les secteurs non sanitaires pour améliorer les conditions générales d'existence des populations. La politique nationale rend donc bien compte de l'esprit de la Charte d'Ottawa qui avait déjà identifié sept conditions comme nécessaires à l'amélioration de la santé d'un individu, à savoir « *se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un éco-système stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable* ». Les conditions de vie et d'environnement socio-économique interagissent dans une construction dynamique de la santé au cours de la vie (Lang, 2015). Nous avons montré comment la pauvreté, analysée en termes de conditions de vie (faiblesse du niveau d'instruction, habitat dégradé,

approvisionnement insuffisant à l'eau potable, accès limité aux services d'assainissement, emplois précaires, etc.), constitue un facteur aggravant d'inégalité de santé, et constitue un terreau fertile à l'émergence du choléra.

Ces conditions sociales d'existence produisent des comportements dits à risque, et ceux-ci ne peuvent être durablement modifiés, tant que les facteurs socio-économiques et environnementaux qui les déterminent se maintiennent. C'est ce qui explique en partie les difficultés à éradiquer le choléra par de simples campagnes de communication.

8.3 Les effets limités des campagnes de communication pour la prévention du choléra

Les effets des campagnes de communication dans la prévention du choléra peuvent être mesurés, d'une part, par l'évolution des incidences et de la létalité de la maladie au Bénin en général et dans la ville de Cotonou en particulier et, d'autre part, en interrogeant les représentations et pratiques sociales des populations ciblées.

En effet, à l'échelle du Bénin, l'incidence du choléra a évolué en dents de scie entre 2004 et 2008, avec tout de même une certaine stabilisation en dessous de 10 pour 100 000 habitants entre 2011 et 2013. Le taux de létalité est resté sous la barre des 2%.

Tableau 41 : Evolution de l'incidence et de la létalité du choléra au Bénin de 2004 à 2013

ANNEE	Incidence pour 100 000 habitants	Létalité en %
2004	9,42	1,47
2005	10,24	1,57
2006	1,14	1,13
2007 ³⁵²	0	0
2008	12,27	0,59
2009	0,87	1,35
2010	11,04	0,72
2011	8,54	0,51
2012	6,73	0,47
2013	5,29	1,13

Source : Fousséni, 2016.

La même tendance en dents de scie peut être observée pour la ville de Cotonou entre 2008 et 2013.

³⁵² 0 cas recensé en 2007.

Tableau 42 : Evolution de l'incidence et de la létalité du choléra dans la ville de Cotonou entre 2008 et 2013

ANNEE	Incidence pour 10 000 habitants	Létalité en %
2008	6,42	0,38
2009	0	0
2010	7,92	0,73
2011	2,53	0,44
2012	0,04	0
2013	3,28	1,79

Source : Fousséni, 2016

Les effets positifs des campagnes de communication peuvent se traduire par une amélioration de l'incidence du choléra, observée d'une année à une autre, sur les périodes de 2004 à 2013. C'est l'exemple de l'épidémie de 2008, celle ayant enregistré la plus forte incidence sur cette période, qui est suivie d'une incidence inférieure à 1 pour 100 000 habitants pour l'ensemble du pays, et d'une année sans épidémie pour la ville de Cotonou. Ces évolutions peuvent aussi être liées aux campagnes de communication organisées pendant chaque épidémie. *« On a constaté que c'est cyclique, tous les deux ans, que ça [l'incidence du choléra] augmente tous les deux ans. On se dit peut-être que, si c'est cette année on a eu des épidémies de choléra, avec les actions qu'on mène, les impacts de ces actions continuent jusqu'à l'année qui suit, et puis deux ans après les populations ont le temps d'oublier, et ils renouent avec leurs anciennes habitudes, et ça recommence encore »*³⁵³. Ces propos, tout en mettant l'accent sur le rôle possible des campagnes de communication dans la réduction du taux d'incidence du choléra, relèvent tout de même le caractère éphémère des effets positifs accordés.

Par ailleurs, les campagnes de communication contribuent plus spécifiquement à l'amélioration du recours aux soins dans le centre de santé. Au cours de l'épidémie de 2008, 8 malades sur 10 ont affirmé avoir entendu parler de la prise en charge gratuite du choléra dans le centre de santé d'Ayélawadjè dans les médias (Gbary *et al.*, 2011). Leur recours à ce centre apparaît donc favorisé par les campagnes médiatiques.

Cependant, les effets des campagnes restent limités, comme le montrent la récurrence des épidémies et des décès. Des représentations sociales et des pratiques sont aussi révélatrices de ces limites.

³⁵³ Selon le médecin-chef du centre de santé d'Ayélawadjè, dans un entretien réalisé le 12 juillet 2012.

Les intervenants du monde de la santé publique sont de plus en plus conscients des limites d'une conception de l'éducation axée sur la modification des comportements individuels, car les comportements à risque (rapports sexuels non protégés, toxicomanies, par exemple) n'ont pas pour autant disparu des sociétés, ainsi qu'il a été montré dans le cas du Canada (Massé, 1995). Ces limites « *s'expliquent aussi en bonne partie par la méconnaissance, voire la négation des croyances, des valeurs ou des représentations sociales populaires reliées à la maladie ou aux facteurs de risque de la part des professionnels chargés de la planification ou de l'élaboration de ces programmes* » (*idem.*, p. 3).

Les limites des campagnes de communication sur le choléra dans la ville de Cotonou se dévoilent dans les représentations sociales autour de cette maladie et de la mort qu'elle provoque. Le concept de représentation sociale est élaboré en psychologie sociale, notamment par Serge Moscovici. Selon ce dernier, les représentations sociales « *peuvent être comparées à des théories du savoir commun, des sciences populaires qui se diffusent dans une société* »³⁵⁴. Les représentations du choléra par les groupes sociaux des quartiers bénéficiaires des campagnes de communication peuvent être comprises en s'intéressant à l'étiologie de la maladie selon les personnes interrogées, aux recours thérapeutiques qu'elles adoptent et aux méthodes préventives qu'elles mettent en place contre cette maladie.

La plupart des personnes interrogées n'arrivent pas à faire la différence entre le choléra et une simple diarrhée. D'ailleurs, il n'existe pas un mot en langues locales pour désigner spécifiquement cette maladie et la distinguer de la diarrhée. Les enquêtés affirment utiliser le mot « choléra ». Ils reprennent donc simplement la dénomination de la maladie en français. Toutefois, une personne interrogée, de sexe féminin, âgée de 24 ans et non scolarisée, a désigné le choléra par le terme « *soukpè slou* », c'est-à-dire « *vomissement causé par la mouche* ». Pourtant, il existe en langues locales fongbé, goungbé, xwla, des termes pour désigner les symptômes classiques du choléra. C'est l'expression « *Sru kpo Sra kpo*³⁵⁵ », c'est-à-dire vomissement et diarrhée. Cette expression laisse penser que le vomissement et la diarrhée sont considérés comme deux maladies différentes et non les symptômes d'une seule pathologie. Ainsi, la plupart des malades qui font la diarrhée et vomissent ne parviennent pas à relier ces symptômes au choléra. La diarrhée et le vomissement sont interprétés comme résultant d'une indigestion alimentaire. A la question « Si vous avez souffert du choléra, comment avez-vous su que c'était cette maladie ? », un homme de 45 ans, non scolarisé,

³⁵⁴ Alpe Yves *et al.*, (2010, p. 280).

³⁵⁵ Vomissement et diarrhée en langues fongbé et apparentées.

répond : « *Je ne savais pas que c'était le choléra. C'est le samedi dernier, nous sommes allés à une cérémonie [funéraire] à Abomey-Calavi³⁵⁶. C'est là-bas que j'ai mangé la viande du mouton, qui m'a donné une indigestion. Et le lendemain, j'ai commencé par faire la diarrhée* »³⁵⁷. Pourtant, la diarrhée qui survient comme symptôme du choléra est « *liquide, aqueuse et les selles ont l'aspect d'eau de riz, et ces selles on peut les perdre plusieurs fois par jour, on peut perdre près de 10 litres par jour* »³⁵⁸. La difficulté des enquêtés à faire le lien entre le choléra et ses symptômes et à identifier la maladie quand elle survient traduit les limites des connaissances qu'ils en ont.

Le cycle de transmission du choléra n'est pas non plus compris par des malades enquêtés dans les quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan. Certains d'entre eux ont affirmé n'avoir aucune idée sur cette maladie, ni sur sa cause et ses symptômes. Mais d'autres parviennent à faire un lien entre la maladie et l'événement qui l'aurait engendrée. Pour la majorité des malades, le choléra s'est déclenché après qu'ils aient consommé un repas. En revanche, lorsqu'on leur demande les mesures préventives mises en œuvre pour éviter une réinfection, certains d'entre eux estiment qu'ils n'achètent plus la nourriture consommée auprès de la même vendeuse. « *C'est après avoir consommé le come³⁵⁹ que j'ai attrapé le choléra. C'est pourquoi je n'achète plus à manger chez cette vendeuse-là* »³⁶⁰. D'autres ne consomment plus le repas qui a été à la base de leur maladie ; en d'autres termes, si le repas consommé était tel ou tel légume, l'ancien malade décide de ne plus jamais consommer ce légume. On peut citer l'exemple d'un ancien malade qui ne mange plus de viande de mouton parce que, selon lui, elle a été le vecteur de sa contamination. « *Depuis que j'ai attrapé le choléra après avoir mangé la viande de mouton, je ne mange plus cette viande* »³⁶¹. Des malades ne perçoivent donc pas que la nourriture est un intermédiaire dans le processus de contamination du choléra, et que, ce qu'il faut éviter, c'est non le repas, mais la contamination de celui-ci.

On retrouve également les conceptions miasmatiques de la maladie dans les représentations sociales autour du choléra. Jusqu'à la fin du XIX^e siècle, les épidémies meurtrières dans les villes industrielles étaient expliquées par des odeurs pestilentielles qui circulaient dans l'air urbain (Lévy, 2012, pp. 24-25). Ces odeurs putrides et ces miasmes résulteraient de la décomposition des matières et déchets organiques provenant des lieux insalubres déjà évoqués

³⁵⁶ Ville située à l'ouest de Cotonou.

³⁵⁷ Propos d'un ancien malade de choléra lors de l'enquête dans le quartier Agbato le 8 août 2012.

³⁵⁸ Selon le médecin-chef du centre de santé d'Ayélawadjè, dans un entretien réalisé le 12 juillet 2012.

³⁵⁹ Mets local à base de maïs.

³⁶⁰ Propos d'un jeune menuisier de 24 ans dans le quartier Enagnon, enquêté le 16 juin 2013.

³⁶¹ Enquête par questionnaire dans les quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan de juin à août 2013, 2014.

plus haut, comme, d'une part, les sous-sols, les marais, les rivières, les fosses d'aisance, les cimetières, etc., et, d'autre part, des lieux où des corps se rencontrent, comme les habitats dégradés, sombres et humides dans lesquels les classes sociales défavorisées s'entassaient, les prisons, les hôpitaux, etc. (Corbin, 1982). Cette conception est éloquemment traduite par le mot *malaria*, de l'italien *mal'aria*, signifiant « mauvais air ». Le paludisme était donc expliqué par les odeurs nauséabondes qui se dégageaient des eaux stagnantes. Ce rôle morbide et mortifère attribué aux miasmes a été très marqué jusqu'à la révolution pastorienne.

Dans le quartier Agbato, des habitants interrogés font un lien entre les odeurs et le choléra, comme l'exprime un élu local de 44 ans, non scolarisé : « *Le choléra existe dans notre quartier depuis toujours, avant notre génération parce que nous sommes proches de la lagune. Quand il y a la crue et la décrue, les déchets du lac sont abandonnés sur la berge. Ces déchets produisent des odeurs qui envahissent le quartier. Ce sont ces déchets qui sont à l'origine de cette maladie. C'est pourquoi il y a beaucoup de malades sur les berges du lac... Ensuite, certaines de nos activités s'exercent dans l'insalubrité. Les gens du quartier travaillent le poisson, utilisent de l'eau sale, qui dégagent les odeurs. Quand ils inspirent ces odeurs, cela leur donne le choléra. Par ailleurs, comme nous avons des bas-fonds, les gens y déversent les déchets, qui dégagent des odeurs* »³⁶². Cet élu local évoque des « pôles de vigilance olfactives » déjà mis en avant par Alain Corbin (1982, pp. 25-39). On peut faire ici un parallélisme entre les odeurs provenant de la lagune et celles des marais et des rivières dans la ville de Paris au XIX^e siècle, ou encore entre les odeurs produites par l'eau issue du traitement de poisson dans le quartier Agbato et celles des poissonneries de Paris. Ces lieux d'émanations dans le quartier Agbato sont perçus par l'élu local enquêté comme producteurs de miasmes responsables du choléra.

Au-delà de la question d'efficacité des campagnes de communication, ces propos révèlent aussi un problème de gouvernance en rapport avec la mise en place des campagnes de proximité, dont les chefs de quartiers sont des acteurs d'importance, en raison de leur capacité de mobilisation des habitants. 34 sur 48 chefs de quartiers interrogés ont contribué à la mobilisation de leurs communautés autour des séances de sensibilisation pendant l'épidémie de choléra de 2008 à Cotonou (Makoutode *et al.*, 2010). Comment peuvent-ils contribuer à changer les comportements à risque cholérique de leurs administrés, alors que certains ne connaissent pas l'étiologie de la maladie ?

³⁶² Entretien avec un élu local dans un quartier, le 8 août 2012. L'entretien a eu lieu en langue locale, car cet élu n'a pas été scolarisé et ne parle pas français.

On retrouve également cette perception olfactive chez des personnes habitant à proximité du point de regroupement des déchets installé par la mairie de Cotonou dans le quartier Kpankpan. Ceux-ci expriment leur aversion pour les odeurs provenant des déchets qui y sont stockés, lesquelles seraient à la base de plusieurs pathologies. « *On n'arrive plus à respirer dans notre concession à cause des odeurs, surtout après la pluie. Cela nous rend malade* »³⁶³. Cette situation de malaise olfactif a d'ailleurs conduit les personnes exposées à interpeller le relais communautaire du quartier pour le centre de santé d'Ayélawadjè. Ici aussi, la perception du lien entre déchets et santé est limitée à l'olfactif.

Cette méconnaissance du choléra explique les pratiques d'automédication. Dans le cas des malades enquêtés, il s'agit de la consommation de produits pharmaceutiques courants, utilisés dans le cadre de simples diarrhées, ou pour arrêter spécifiquement le vomissement. Sur 38 malades ayant répondu à la question liée à l'itinéraire thérapeutique, 22 ont eu recours à l'automédication et 16 se sont rendus directement dans un centre de santé. Les malades prennent des médicaments tels que du paracétamol, du flagyl, du vogalène, de la pénicilline en gélule appelée localement « mi kpo go kpo »³⁶⁴, etc. D'autres consomment des infusions traditionnelles faites de mélange de plantes ou de racines de plantes, et de l'alcool local dénommé « sodabi ». D'autres encore se soignent avec la tisane achetée auprès de la vendeuse ambulante. C'est le cas d'une femme mariée de 29 ans, de niveau scolaire primaire : « *Quand la maladie a commencé, mon mari m'a donné une infusion faite à base d'amidon et de boisson alcoolisée* » ; ou d'une autre femme, âgée de 22 ans, qui déclare : « *J'ai consommé un médicament qui calme les maux de ventre et les vomissements, que ma maman m'a donné* »³⁶⁵. Dans l'ensemble, ces médicaments visent à traiter la diarrhée, le vomissement et la fièvre. Ce sont des antalgiques, des antipyrétiques et des anti-inflammatoires disponibles dans les marchés de Cotonou, à Dantokpa en particulier, en provenance du Nigeria et du Ghana, accessibles dans le circuit de la distribution informelle, la majorité de ces médicaments n'étant pas autorisé au Bénin, et coûtant moins cher, entre 100 et 150 Fcfa (Baxerres, 2012).

C'est seulement lorsque ces traitements échouent que les intéressés sont transportés au centre de santé. Ils sont directement amenés dans les formations sanitaires privées installées dans leur quartier. Ce sont ces centres qui les réfèrent vers le centre de santé d'Ayélawadjè, parfois

³⁶³ Propos d'une mère dont deux enfants ont souffert du choléra, enquête du 19 juillet 2013

³⁶⁴ Cette appellation signifie littéralement en langue fongbé « avaler avec la coque ». C'est une appellation liée au fait que la gélule s'avale avec sa coque, bien qu'elle contienne une poudre.

³⁶⁵ Enquêtes réalisées dans le quartier Agbato le 18 juin et le 4 juillet 2013.

dans un état critique, en raison du temps perdu. Selon les responsables de ce centre, des malades y sont souvent transportés très fatigués ; et des décès ont même été enregistrés à l'entrée du centre. En 2008, un patient de 32 ans a été admis en état de déshydratation sévère et est décédé après la mise en route du traitement (Gbary *et al.*, 2011). Des parents amènent des malades qui meurent en chemin, et parce qu'ils ne savent pas qu'ils sont morts, ils sont quand même acheminés vers le centre. D'autres encore meurent en début de traitement. «...*Quand il [un malade cholérique] est arrivé, les infirmiers ont voulu lui placer une perfusion et ils n'ont pas vite trouvé la veine, c'est en recherchant une veine qu'il est décédé* »³⁶⁶.

Ces pratiques, que ce soit l'automédication, le recours aux centres de santé privés ou encore le non recours aux soins de santé, sont pourtant contraires aux recommandations des campagnes médiatiques et de proximité.

Par ailleurs, la méconnaissance de l'étiologique du choléra explique le recours à la sorcellerie comme élément d'interprétation de la causalité. En effet, pour les anthropologues, la maladie est considérée comme une représentation, c'est-à-dire un ensemble de productions intellectuelles et pratiques, l'explication de la causalité renvoyant à une organisation sociale, religieuse et symbolique (Sindzingre, 1984). Si la biomédecine occidentale conçoit la maladie comme le résultat du dysfonctionnement physiologique, il existe dans la plupart des sociétés africaines, nonobstant la spécificité de chaque groupe social, des registres étiologiques fondés sur le caractère exogène de la causalité, c'est-à-dire des agents extérieurs à la victime, qu'ils soient humains ou non, par exemple sorciers, esprits, divinités ou règles sociales immanentes (Sindzingre, 1984).

Un exemple de récits recueillis sur le terrain suffit à éclairer les représentations sociales de la mort cholérique. Pendant l'épidémie de 2010, Houéfa, un enfant, a succombé du choléra dans le quartier Kpankpan. Il était l'un des jumeaux d'un couple qui habitait un logement précaire sur la berge lagunaire du quartier. D'après le récit fait par sa mère, c'est un soir après le dîner que l'un de ses enfants a commencé à vomir peu de temps après le passage d'un oiseau sorcier « azé hè », en langue locale goungbé. Après les premiers recours en automédication, les parents ont fait appel à un agent de santé qui tenait un cabinet privé dans le quartier. Suite à la prise de la température de l'enfant, ce dernier est reparti dans le cabinet pour chercher des produits pour une perfusion, vu l'état déjà affaibli de l'enfant. Avant le retour de l'agent de

³⁶⁶ Entretien avec un relais communautaire du centre de santé d'Ayélawadjè le 17 juillet 2013.

santé, l'enfant est décédé. Entre temps, le frère jumeau, ayant consommé le même repas au dîner, avait commencé lui aussi à vomir et à faire la diarrhée. Mais celui-ci a été transporté au centre de santé d'Ayélawadjè, où il a été pris en charge et a guéri. Le diagnostic posé au centre de santé a révélé que les deux enfants souffraient du choléra. Pour les parents, le diagnostic du choléra pour leur enfant traité et guéri au centre de santé d'Ayélawadjè est acceptable. En revanche, ils ne sont pas convaincus que Houéfa était mort de cette maladie. C'est ainsi qu'ils ont consulté un prêtre de l'église du christianisme céleste³⁶⁷, dont ils sont eux-mêmes des fidèles. Le prêtre a estimé que l'enfant avait été victime de sorcellerie. Après les obsèques de l'enfant, dont le corps a été ramené dans leur village natal à une trentaine de kilomètre de Cotonou, les parents ont déménagé du quartier. Selon eux, les bourreaux de leur enfant vivaient à proximité de leur logement, et étaient jaloux du petit commerce de la famille : c'est en réaction contre cette « prospérité » que les voisins auraient ensorcelé Houéfa.

Ce récit montre que le choléra reste un phénomène pathologique naturel dès lors qu'on en guérit. En revanche, la mort cholérique fait appel à un autre registre. L'interprétation tient justement à la nature de la mort causée par le choléra : c'est une mort brutale, imprévisible, inexplicable pour ces populations. Comme le mal, la violence et le terrorisme, les épidémies constituent des figures de désordre (Balandier, 1988). Le décès cholérique survient à la suite d'un processus relativement court. Une fois ingéré, le vibrion cholérique migre vers l'intestin et s'attache à ses parois. Cela entraîne un déséquilibre dans la concentration des sels minéraux, avec pour conséquences des vomissements et la diarrhée, suivis d'une forte déshydratation. L'eau n'est plus absorbée par l'intestin mais est rejetée par les selles. Le sang, déshydraté, devient trop épais et ne circule plus dans les veines. Cela entraîne la mort³⁶⁸. La personne malade commence à faire la diarrhée et le vomissement, et décède quelques heures plus tard. Il s'agit d'un processus rapide avec une vitesse de perte d'eau qui atteint un litre toutes les deux heures. Pour les parents de défunts³⁶⁹, c'est la sorcellerie qui tue de cette manière brutale et rapide. C'est pourquoi le sorcier est désigné comme responsable de la mort cholérique, non seulement au sein de mouvements religieux, l'Église du christianisme céleste en particulier, mais aussi dans l'environnement du défunt. Le sorcier est une personne qui est

³⁶⁷ Mouvement religieux qui a émergé dans la région de Porto-Novo, au sud-est du Bénin, à la suite du message divin qui aurait été reçu par son prophète fondateur, Samuel Oschoffa, en 1947 (Mayrargue, 2014).

³⁶⁸ <http://www.franceculture.fr/2010-11-22-le-cholera-en-haiti.html>, consulté le 7 juillet 2015.

³⁶⁹ Les proches de défunts interrogés sont soit leur père, soit leur mère quand il s'agit d'un enfant. C'est le cas de Houéfa. Nous avons aussi interrogé la veuve d'un mort cholérique, et enfin les cousins et neveux d'une jeune fille décédée du choléra.

réputée avoir pactisé avec les puissances occultes afin d'agir sur les êtres et les choses au moyen de charmes et de maléfices. Il est détenteur d'un pouvoir occulte incommensurable qui lui permet de jeter toutes sortes de malheurs sur un individu, une famille ou même une société³⁷⁰ : une maladie, la mort comme c'est le cas ici, l'impossibilité de procréer, les échecs et toute autre forme d'infortune. Il s'agit d'un ensemble d'événements que les populations n'arrivent pas à expliquer ; la cause sorcellaire est donc attribuée à tout événement inexplicable pour l'ensemble du corps social.

C'est également l'impossibilité d'expliquer les causes du décès d'une jeune femme de 22 ans dans le quartier Kpankpan qui a fait penser à ses proches qu'elle a été ensorcelée. En effet, Y. souffrait d'une autre maladie depuis plus d'un an avant d'être contaminée par le choléra. La variation de son état de santé, entre amélioration et rechute, suivie d'une mort au cours d'une nuit entière de vomissements et de diarrhée, a fait croire à une origine surnaturelle. « *Quand elle était malade, il arrivait des moments où, elle maigrissait et d'autres où elle se reprenait et se retrouvait. Elle prenait des médicaments, elle a été malade pendant plus d'un an. Elle a dû quitter la maison pour aller rester chez l'une de ses copines. Et après un temps passé, elle est revenue à la maison. Elle disait que la maison lui faisait peur, que sa tête grossissait quand elle y entrait. Parfois, elle fuyait pour venir se coucher dans mon atelier ici [atelier de couture en face du domicile de la défunte]... C'est mon apprentie qui allait rester avec elle dans sa chambre. Car elle disait qu'elle ne pouvait plus dormir toute seule dans la chambre. Et les samedis, mon apprentie rentre chez elle. C'est un dimanche, la nuit du samedi à dimanche vers 0 heure 45, qu'elle m'a téléphoné.... C'est le lendemain tôt que je suis allé là bas... Quand je l'ai vue, elle était morte. Elle était morte, certainement dans la nuit... elle avait abondamment fait la diarrhée et vomi... Beaucoup avaient dit que c'était la sorcellerie, comme tantôt elle maigrissait, tantôt elle grossissait...* »³⁷¹.

Ces propos montrent que la croyance en la causalité sorcellaire peut trouver son origine, d'une part, lorsque l'état pathologique n'a pas pu être expliqué et, d'autre part, dans les angoisses exprimées par la personne malade. En effet, durant toute la période de la maladie de la jeune femme, aucune explication médicale n'a pu être fournie aux parents. L'oncle interrogé parle de kyste [ovarien], alors que la défunte n'avait pas signalé de tels symptômes. Ainsi, l'alternance entre l'amaigrissement et la prise de poids a constitué le socle de l'interprétation, renforcée par les angoisses de la malade elle-même. Elle signalait qu'elle n'arrivait pas à

³⁷⁰ Selon le dictionnaire Hachette encyclopédique, édition 2002.

³⁷¹ Récit recueilli lors d'un entretien avec l'oncle de la défunte dans le quartier Kpankpan le 25 juillet 2013.

dormir toute seule, que sa tête prenait du volume, ou encore que sa maladie s'aggravait quand elle revenait dans son appartement.

Par ailleurs, l'itinéraire thérapeutique adopté par des malades cholériques témoigne d'une compréhension limitée des messages de sensibilisation. Les malades perdent du temps en recourant à des centres de santé privés, avant d'être référés dans le centre de santé d'Ayélawadjè. « ... *Il y a une semaine qu'il avait souffert du paludisme et on lui avait fait des injections et prescrit des médicaments. Ce samedi là [la veille de son décès], c'est moi-même qui avais préparé la sauce et on avait tous mangé. Il s'est réveillé à 6h et m'a dit que son ventre faisait choucou choucou [bourdonnait] et il s'est rendu au WC sans pouvoir faire les selles. J'avais un antibiotique qu'on m'avait prescrit quand j'avais accouché, il l'a pris et s'est couché ici [sur le devant au salon]. Il avait envie de vomir et n'y parvenait pas non plus. Il était fatigué, s'est allongé et m'a demandé de remonter le rideau. Il avait commencé à transpirer. Il fallait l'amener au soin, on s'est dit que certainement ils n'avaient pas bien traité le paludisme et qu'il fallait le ramener au centre de santé où il avait été admis. On l'avait ramené, il a pris un sérum et il avait commencé à parler. Le docteur a dit de le laisser prendre un second sérum. C'est pendant qu'il prenait ce second sérum qu'il a commencé la chose, et le médecin nous a demandé d'aller au centre de santé d'Ayélawadjè. Il faisait déjà nuit et il était difficile de trouver un taxi moto. Un membre de sa famille l'a alors amené au centre de santé Ayélawadjè, et moi j'étais rentrée à la maison pour m'occuper des jumeaux qui avaient 7 mois. Et ils ont appelé celui qui m'avait prise sur la moto en lui demandant de ne rien me dire. C'est ainsi que mon mari est mort* »³⁷². Pour cette veuve, le décès de son mari n'est pas dû au choléra. D'ailleurs, elle n'évoque pas le mot choléra dans son récit. En revanche, le relais communautaire du centre de santé d'Ayélawadjè établit clairement une mort cholérique : « *Ce jour là, la femme n'était pas là car on ne lui avait pas donné accès au centre. Un de ses frères [un frère du défunt] disait qu'il avait mangé quelque chose la veille. Dans la nuit, il a commencé par sentir des malaises et a commencé par vomir et il sentait aussi la fatigue. C'est de là qu'on l'avait déplacé vers un centre de santé à Sékandji, qui administrativement fait partie de Sème Kpodji [une commune située à l'est de Cotonou]. C'est de là qu'on l'a encore amené au centre de santé Ayélawadjè. Arrivé au centre de santé, ... la majeure* »³⁷³ disait que c'était le choléra..., quand il est arrivé, les infirmiers ont voulu lui placer une perfusion et ils n'ont pas vite trouvé la veine, c'est en recherchant une veine qu'il est

³⁷² Propos d'une veuve de défunt cholérique, lors d'un entretien dans le quartier Kpankpan le 25 juillet 2013.

³⁷³ Infirmière.

décédé »³⁷⁴. Le parcours du défunt, notamment son passage dans un centre de santé dans une autre commune, avant qu'il soit référé au centre de santé d'Ayélawadjè, n'a pas permis de le sauver.

Enfin, la prise en charge des cadavres cholériques par les familles constitue un facteur de risque supplémentaire. Les autorités sanitaires préconisent que les personnes ne soient pas en contact avec les malades et les morts cholériques afin d'éviter la propagation de la maladie. Ainsi procèdent-elles au traitement systématique des cadavres cholériques, avant leur enterrement : « ... *Donc ces cas, nous essayons de procéder à la décontamination du corps, et on exige que l'inhumation soit faite le même jour. Souvent ça se fait le même jour. Et puis la fosse où on doit mettre le corps est décontaminée pour éviter la propagation de la maladie, c'est ce que nous faisons d'habitude* »³⁷⁵. Plus spécifiquement, au cours de l'épidémie de 2010, le cadavre d'un défunt cholérique du quartier Kpankpan a été pris en charge au centre de santé d'Ayélawadjè, l'accès au centre étant même refusé à la veuve. « ... *Nous l'avons mis dans une chambre dans laquelle on prend soin des corps. C'est moi qui ai fait tout ce qu'il fallait jusqu'à ce que le cercueil soit acheté et apporté. On l'a mis dedans et c'est moi qui ai fermé et ils l'ont amené directement au cimetière avec la famille, en interdisant à la dame [la veuve] d'aller le voir. Ensuite, c'est moi qui suis venu désinfecter sa chambre et toute sa maison, même ses habits* »³⁷⁶. Pour autant, les discours tenus par les familles de défunts cholériques conduisent à nuancer ces propos. Sur les trois défunts du quartier Kpankpan, deux ont été enterrés dans leur village. L'un des corps a séjourné à la morgue pendant plusieurs jours avant d'être acheminé dans le village natal pour être inhumé : « *Quand elle est décédée, nous avons commencé à appeler les gens, nous avons trouvé un véhicule qui l'a amenée à la morgue. Elle a été enterrée après une semaine à Dangbo [un village au sud est du Bénin]* »³⁷⁷. Il apparaît clairement que les recommandations n'ont pas été suivies dans ce cas-là ; les familles de défunts cholériques continuent fréquemment de manipuler les cadavres.

³⁷⁴ Entretien du 25 juillet 2013 dans le quartier Kpankpan.

³⁷⁵ Propos du responsable du service hygiène du centre de santé d'Ayélawadjè dans un entretien réalisé le 12 juillet 2012 à Cotonou.

³⁷⁶ Entretien avec le relais communautaire du centre de santé d'Ayélawadjè, ayant compétence dans le quartier Kpankpan, le 25 juillet 2013.

³⁷⁷ Entretien avec l'oncle d'une défunte du choléra dans le quartier Kpankpan, le 25 juillet 2013.

8.4 Les ressorts socio-économiques des comportements individuels à risque cholérique

Les campagnes de communication n'arrivent pas à modifier durablement les comportements des individus car ceux-ci sont socialement caractérisés. Ils sont des produits de conditions sociales et répondent à des représentations incorporées par les acteurs au cours de leur socialisation. La lutte contre le choléra est donc une question de politiques publiques reposant aussi sur des secteurs non sanitaires tels que l'éducation, le logement, l'accès à l'eau et l'assainissement, la réduction des inégalités sociales, etc. *« Le problème du choléra est un problème de niveau de vie, de qualité de vie d'abord, c'est-à-dire vous ne pouvez pas lutter efficacement contre le choléra si vous ne donnez pas de l'eau potable aux populations, si vous n'avez pas une politique acceptable de ramassage des ordures, si vous ne gérez pas les excréta, les eaux usées. Donc, c'est vraiment un problème de développement de niveau de base. Et c'est à ces conditions de base là que s'ajoute que chacun comprenne qu'il doit boire de l'eau propre, qu'il doit déféquer dans un endroit sécurisant pour la santé, ainsi de suite. Donc on a beau crier, tant qu'il y aura des bidonvilles, tant qu'il y aura des endroits où on n'a pas de WC corrects, on n'aura pas résolu le problème du choléra... »*³⁷⁸.

La récurrence des épidémies de choléra traduit la persistance des conditions socio-économiques favorables à son développement. Nous avons analysé ces facteurs dans les chapitres précédents : la consommation d'eau souillée des puits révèle un accès limité à des sources d'eau potable ; l'exposition des denrées alimentaires dans des milieux insalubres témoigne d'un accès difficile à l'assainissement, etc. Face à de telles conditions structurelles de vie dans les quartiers concernés, on ne peut espérer des changements de comportements, et les campagnes de communication ne peuvent suffire à éradiquer le choléra.

De la même manière, le recours au soin des malades cholériques est parfois tributaire des ressources financières dont ils disposent. Certains malades ne se rendent pas au centre de santé par manque de moyens, comme le signale la veuve d'un défunt cholérique : *« Je l'ai conseillé, qu'on aille à l'hôpital, il a dit que arrivé à l'hôpital ils vont demander des analyses alors qu'il n'avait pas d'argent »*³⁷⁹. Malgré la gratuité de la prise en charge des malades cholériques décrétée par les autorités sanitaires, certains ont dû déboursier de l'argent pour payer une partie ou la totalité des soins. *« J'ai payé les frais de consultation, de carnet et acheté moi-même des produits à la pharmacie »*³⁸⁰. D'autres malades ont dû interrompre leur

³⁷⁸ Selon un conseiller du bureau de l'OMS au Bénin, lors d'un entretien réalisé le 12 juillet 2012

³⁷⁹ Entretien avec la veuve d'un défunt cholérique le 25 juillet 2013.

³⁸⁰ Propos d'une femme de 29 ans interrogée le 8 août 2012 dans le quartier Agbato.

traitement par manque d'argent : « *Le mois de juillet, j'ai eu un cas de choléra ici, cette année, l'enfant est parti là bas [au centre de santé d'Ayélawadjè], on lui a placé des sérums, alors qu'on a dit que c'est gratuit... ils ont payé, c'est là le problème alors que celui là maintenant c'est le dernier des pauvres, il a payé et comme il n'a plus d'argent pour se faire soigner, les gens l'ont libéré. Quelques jours après, le truc là s'est encore aggravé* »³⁸¹. Les difficultés d'accessibilité financière aux soins de santé ne sont pas spécifiques au choléra, et constituent un trait essentiel des conditions sociales des populations défavorisées (Ouendo *et al.*, 2005).

Par ailleurs, les conditions sociales de production des comportements visés dans les campagnes de communication pour la prévention du choléra se révèlent aussi dans la construction sociale de ces campagnes, qui réside dans le fait qu'un problème social est traduit en problème sanitaire et requiert l'intervention de plusieurs acteurs. Cette construction passe couramment par une double opération de médicalisation³⁸² et de politisation – comme, par exemple, la maltraitance infantile, l'alcoolisme et le tabagisme, etc., en France (Fassin, 2008, pp. 30-32).

Au contraire, le choléra répond à une autre logique de construction. Sa dimension épidémique l'impose déjà comme un fait sanitaire collectif justifiant l'intervention des gouvernants et de leurs experts. Le choléra se présente d'abord à l'état clinique, et non comme un problème social pouvant entraîner des conséquences sanitaires. Dans cette perspective, il n'a pas besoin d'être médicalisé. Toutefois, sa construction comme problème de santé publique passe par le recours à l'épidémiologie, qui permet de souligner sa prévalence ou son incidence au sein de la population. Les campagnes de proximité sur le choléra sont conçues sur la base d'informations épidémiologiques, qui permettent d'identifier les quartiers les plus touchés par la maladie. « *Les zones où les cas de choléra sont les plus fréquents, c'est ces quartiers là qui se situent le long de la lagune. A Akpakpa ici par exemple, vous allez voir Yénawa, Gankpodo, Agbato, Hlacoméy, Adogléta, Midombo, Kpankpan. Et puis vous allez jusqu'à Akpakpa dodomè, le quartier Enagnon. Voilà ces quartiers là qui sont les plus exposés, c'est-à-dire souvent sales* »³⁸³. Les campagnes de communication, notamment de proximité, sont donc organisées dans ces quartiers.

³⁸¹ Propos du chef du quartier Kpankpan, entretien du 2 août 2012.

³⁸² La médicalisation est la traduction d'un fait social en langage sanitaire.

³⁸³ Propos du médecin chef du centre de santé d'Ayélawadjè, recueillis lors d'un entretien le 12 juillet 2012

Cette observation sur la précarité des quartiers touchés est renchérie par les propos du responsable du service d'hygiène du centre de santé d'Ayélawadjè : « *C'est des quartiers non encore viabilisés, qui ne disposent pas de latrines ; aussi par rapport à l'eau courante, il n'y a assez d'eau courante*³⁸⁴ dans ces zones. Voilà des problèmes qui se posent à ces différents quartiers »³⁸⁵.

Parallèlement, le choléra fait l'objet de ce que nous appellerons socialisation. Par opposition à la médicalisation qui vise à réécrire un problème social en langage sanitaire, la socialisation du choléra consiste à déterminer les problèmes sociaux à la base de son émergence, et à traduire ce problème sanitaire en langage social. Ce processus de socialisation repose sur l'étiologie de la maladie et les vecteurs de sa transmission, et donc sur la rhétorique autour de cette maladie. C'est sur ce langage social que se fondent finalement les campagnes de communication. Enfin, l'opération de politisation vise à mobiliser plusieurs acteurs devant intervenir dans les campagnes de communication, surtout à l'échelle des quartiers. Il s'agit des élus locaux dont le rôle consiste essentiellement à informer et mobiliser les communautés pour les séances de communication dans leur quartier respectif. Les relais communautaires jouent également un rôle très important. Le service d'hygiène du centre de santé d'Ayélawadjè s'appuie sur des relais recrutés dans chaque quartier pour réaliser la communication de proximité. Cette implication d'acteurs issus des communautés s'inscrit dans le cadre des recommandations de la déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires. Il s'agit d'une approche horizontale qui privilégie la formation de travailleurs de la santé choisis par leur communauté pour être au service du groupe, en remplacement d'une approche verticale consistant à imposer des projets conçus en dehors des communautés et des acteurs extérieurs (Massé, 1995, p. 51). Enfin, certaines ONGs comme RACINES, en plus des actions directes qu'elles sont appelées à mettre en place sur le terrain, apportent un appui logistique au centre de santé d'Ayélawadjè. La construction des campagnes de communication, en se basant sur les inégalités des quartiers face au risque cholérique, et en mobilisant divers acteurs, dont certains émanant des communautés touchées par la maladie, témoignent de l'existence de déterminants sociaux des comportements à risque.

Les comportements à risque cholérique répondent aussi à des représentations sociales, qui sont le reflet d'une organisation sociale et sont construites dans le cadre des interactions

³⁸⁴ Eau potable de la SONEB.

³⁸⁵ Selon le responsable du service hygiène du centre de santé d'Ayélawadjè dans un entretien le 30 juillet 2012.

quotidiennes au sein de chaque société. C'est ce qui fait dire à Edgar Morin³⁸⁶ que la représentation sociale est un outil de différenciation et de démarcation d'un groupe social vis-à-vis des autres. La définition proposée par Denise Jodelet (cité par Fabre, 1998, p. 31) souligne que la représentation est une construction sociale : selon elle, c'est « *une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une vision pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » (Jodelet, 1989a).

La désignation du sorcier comme cause de la mort cholérique trouve son fondement dans l'organisation sociale des quartiers défavorisés de Cotonou. En effet, les représentations de la sorcellerie sont le reflet des conflits qui traversent la vie quotidienne des individus et des sociétés, et qui opposent des catégories marquées par des formes d'inégalités, telles que riches et pauvres, dominants et dominés, vieux et jeunes, citadins et ruraux, etc. (Abéga *et al.*, 2006, pp. 33-45). Les groupes sociaux trouvent en l'idée de sorcellerie un moyen de coder ces contraintes dans les rapports sociaux et de les extérioriser. Pour ce faire, les acteurs puisent dans le répertoire socio-culturel des mythes, des croyances et des récits anciens. La croyance en la sorcellerie permet en définitive de mettre en scène les rapports sociaux et fonctionne comme un espace symbolique de médiatisation et de dramatisation de la conflictualité inhérente à la vie quotidienne. Comme on l'a vu, le recours à la sorcellerie en tant que registre interprétatif de la mort cholérique met en scène les inégalités sociales. Les parents de l'enfant défunt ont désigné une personne identifiée comme moins dotée en capital économique ; l'ensorcellement des enfants trouverait son origine dans la pauvreté de la personne « sorcière ».

L'accusation d'un « sorcier » dans la recherche de la causalité de la mort cholérique fait écho à la notion de bouc émissaire développée par René Girard (1982). D'origine biblique, le bouc émissaire désigne, dans le langage courant, une personne qui porte la responsabilité des actes commis par d'autres. Nous entendons ici un individu ou une minorité désignée « injustement » par un groupe social comme responsable d'une infortune sociale. Celle-ci peut avoir une origine interne à la société, telle que les troubles politiques ou religieux ; mais la cause peut aussi être externe, comme des calamités naturelles (inondations, sécheresses, etc.) ou des épidémies. L'infortune entraîne des dégâts sur l'ensemble de la société : il peut s'agir de la famine occasionnée par la sécheresse, des conséquences matérielles de l'inondation comme, par exemple, la destruction des maisons, la maladie, ou des morts

³⁸⁶ Alpe Yves *et al.*, (2010, p. 280).

successifs causés par une épidémie. Dans tous les cas, les effets collectifs expliquent une désignation collective du bouc émissaire (*idem.*, 1982).

Etant une construction sociale, le bouc émissaire n'est pas désigné au hasard. Cela repose sur des stéréotypes. Les minorités ethniques et religieuses peuvent être visées. Ce fut le cas des Juifs pendant la peste noire au Moyen Âge, des étrangers, etc. Ensuite, les critères physiques liés aux infirmités ou aux difformités causées par la maladie, la folie, les difformités génétiques, les mutilations accidentelles polarisent l'attention. On peut ajouter la vulnérabilité sociale comme critère de sélection victimaire. Le pauvre, l'enfant ou le vieillard constituent également des figures classiques du bouc émissaire (Girard, 1982).

L'interprétation exogène de la causalité liée à la mort cholérique a été également rapportée dans des contextes socio-culturels autres que le Bénin. Par exemple, dans la ville de Tuléar à Madagascar, l'épidémie de choléra de 2001 a été perçue comme un châtement infligé par les ancêtres à la société urbaine éloignée progressivement du mode de vie prescrit par les ancêtres (Lévy, 2004, p. 108) : « *Les comportements des hommes et des femmes ici ont beaucoup changé. On ne respecte plus les traditions des ancêtres. Les femmes portent des pantalons, les hommes ont des boucles d'oreilles.... Ce n'est pas étonnant que les raza³⁸⁷ aient envoyé cette maladie pour nous punir* »³⁸⁸. On retrouve encore ici une représentation du choléra qui s'appuie sur le changement social.

La prise en charge du mort cholérique apparaît également comme une norme sociale à laquelle les populations tiennent à obéir, et renvoie au culte dû aux morts. En effet, dans le Bénin méridional, la nécessité de la prise en charge du mort et de la mort s'inscrit dans le lien entre deuil psychique et don, consistant à rendre au défunt tout ce qu'il a apporté aux relations sociales et familiales de son vivant (Noret, 2010). Cette idée de don, renvoyant à la triple obligation de donner, recevoir et rendre (Mauss, 2013 [1950]), se traduit en langue locale fongbé par la phrase « *axo wè é nyi bo mi non su* »³⁸⁹, ce qui signifie littéralement « c'est une dette et on y met fin ». Organiser dûment les funérailles permet de définir de nouveaux rapports avec le défunt, et donne vis-à-vis de la société le sentiment d'un devoir accompli.

La prise en charge du cadavre constitue la première étape des funérailles, après l'annonce du décès (Noret, 2010). Le corps est pris en charge selon les croyances religieuses du défunt et

³⁸⁷ Peut être interprété comme ancêtre.

³⁸⁸ Propos d'un habitant d'un quartier de Tuléar, recueilli par Johanna Levy (2004, p. 108).

³⁸⁹ Expression rapportée par Joël Noret (2010).

de sa famille. Les musulmans font appel aux spécialistes de la toilette mortuaire, qui peut se faire aussi bien dans la famille du défunt, avec l'appui des parents, qu'à la mosquée. Le corps peut aussi être amené à la morgue pour donner aux membres de la famille le temps nécessaire à la mobilisation des moyens financiers adéquats pour l'organisation des funérailles. D'autres familles encore obéissent à l'injonction du défunt, qui, de son vivant, n'a pas souhaité que son corps soit déposé à la morgue. Dans ce cas, son cadavre devra être conservé par la formolisation et enterré dans un bref délai. Si la religion musulmane fait obligation d'enterrer rapidement le mort, souvent dans la journée même du décès, les autres croyances, chrétiennes et traditionnelles, accordent assez de temps aux familles pour organiser les funérailles. Cette organisation prend en compte les décisions sur le lieu et la date d'inhumation, le choix des uniformes à porter, d'une part, par les membres de la famille du défunt et, d'autre part, par les invités. La seconde étape est la définition du mode de réception des invités, et consiste à l'organisation d'un déjeuner au profit des personnes invitées ou venues soutenir divers membres de la famille à l'occasion de cette épreuve que constitue la mort. Une contribution financière est exigée de chaque membre de la famille pour les dépenses collectives, liées notamment à l'achat des objets devant servir à l'enterrement. En plus, chacun devra recevoir ses propres invités. Toutes ces étapes sont inhérentes aux funérailles dans le Bénin méridional et exigent une mise en attente du corps, notamment à la morgue pour peaufiner une organisation empreinte de conflits et de compromis entre les divers acteurs impliqués (*idem.* 2010).

Cet attachement aux pratiques culturelles et cultuelles en rapport avec la mort explique en partie les conflictualités qui peuvent naître entre parents de défunts et autorités sanitaires. Ces tensions n'ont pas été majeures à Cotonou du fait d'un faible taux de létalité cholérique. On peut évoquer toutefois l'exemple de l'indignation d'une veuve de défunt cholérique interdite d'accès au centre de santé d'Ayélawadjè. En effet, le corps de son époux décédé a été pris en charge par le service d'hygiène du centre, avec interdiction de tout contact des parents. Cette interdiction d'accès est inacceptable pour la veuve, au point qu'elle pense que sa présence aurait pu sauver son époux. « *Quand on l'a amené, si on s'était bien occupé de lui, il aurait survécu. Si j'étais là bas, ils me connaissent tous dans le centre... la nuit là, si j'étais là bas, on l'aurait soigné et il aurait survécu* »³⁹⁰. Dans des contextes où le taux de létalité est très élevé, les conflits entre autorités sanitaires et parents de défunts sont plus virulents que ceux

³⁹⁰ Entretien avec la veuve d'un défunt cholérique dans le quartier Kpankpan le 25 juillet 2013.

observés à Cotonou. Ainsi, dans la ville de Tuléar à Madagascar, les familles s'opposent au traitement systématique des cadavres cholériques et leur enfouissement dans des fosses communes. Ils estiment que ce traitement contrevient aux rites familiaux de prise en charge des morts, et déterrent les corps de leurs proches pour les ré-enterrer selon leurs normes, afin d'éviter, selon elles, la colère des ancêtres (Levy, 2004).

Les autorités sanitaires et politiques ignorent la dimension sociale des comportements individuels, et les messages diffusés dans le cadre des campagnes – médiatiques et même de proximité – sont normatifs et injonctifs (Lamoureux, 2005). Ces messages prescrivent une liste de comportements à suivre pour éviter la contamination du choléra, une « *sorte d'idéal généreux, voire pléthorique par ses ambitions...* » (Fassin, 2008, p. 11).

Conclusion du chapitre

En définitive, si les prescriptions normatives des comportements dans les campagnes de communication autour du choléra font écho au discours hygiéniste, qui préconise l'hygiène publique et privée comme moyen d'éradiquer les causes des maladies et de protéger la santé de la collectivité, le « néo-hygiénisme » mobilisé dans la promotion de la santé publique au Bénin est tronqué, c'est-à-dire reconvoqué de façon partielle. Le discours hygiéniste fonde ses actions sur les corrélations établies entre conditions de vie des classes populaires et épidémie, grâce notamment aux méthodes statistiques, avant d'ériger des normes jugées indispensables à la vie en société. Il convoque ensuite une pluralité de disciplines, allant de la statistique, de l'épidémiologie, de la géographie, de la sociologie, à l'urbanisme (Fijalkow, 2012), au service de la santé publique. Or, comme nous l'avons montré, la pratique néo-hygiéniste au Bénin se limite aux campagnes de communication. En se contentant de prescrire des comportements, celles-ci ne prennent pas en compte les besoins réels en information des populations sur le choléra. Il s'agit notamment de la différence entre le choléra et une simple diarrhée, de la place des repas dans le cycle de transmission, du processus organique conduisant vers la mort cholérique. « *Une campagne doit tout d'abord reposer sur une connaissance préalable et précise de l'opinion du public auquel elle s'adresse. Pour ce faire, sont menées des enquêtes dites KAPB (pour knowledge, attitudes, practices, beliefs), qui visent à mesurer les connaissances, attitudes, pratiques et croyances des personnes interrogées. Ce type d'études permet de mesurer l'état des connaissances de la population et sa capacité à adhérer ou pas à une stratégie de communication donnée. Il fournit par ailleurs des indications précieuses sur la modification des comportements...* » (Lamoureux, 2005). Les communications autour

du choléra ne reposent pas sur une étude scientifique, qui aurait permis en amont de documenter les connaissances et représentations sociales autour de la maladie. L'absence de référence scientifique dans les campagnes de communication explique aussi leur focalisation sur l'eau comme vecteur de contamination de la maladie. Or, nous avons vu que l'eau joue un rôle limité dans la propagation du choléra, du fait d'une consommation très répandue de l'eau potable, malgré une difficile accessibilité. Les modes autonomes d'assainissement des excréta et des ordures sont, au contraire, des facteurs déterminants d'épidémies. De plus, les messages médiatiques de prévention du choléra ne prennent pas suffisamment en compte les caractéristiques des groupes sociaux auxquels ils sont destinés. Nous avons vu que les communiqués de presse s'adressent à tout public, et ne ciblent pas les groupes sociaux les plus vulnérables. Ce faisant, ils sont souvent mieux reçus par ceux qui en ont le moins besoin, c'est-à-dire une partie de la population qui fait plus attention à son état de santé, et mieux avertie sur les enjeux de santé publique (Lamoureux, 2005). Ce sont les personnes appartenant à des groupes sociaux plus favorisés, disposant de moyens d'accès à l'information. Même si quelques habitants interrogés écoutent la radio avec leur téléphone portable³⁹¹, les canaux d'accès à l'information des groupes sociaux défavorisés des quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan sont essentiellement les campagnes de proximité du centre de santé d'Ayélawadjè, et, de manière plus marginale, d'ONGs. A la question « par quels canaux avez-vous accès à l'information sur le choléra ? », une femme mère d'un enfant de 3 ans répond : « *Avant, c'est l'ONG ID-RACINES qui organisait des séances de sensibilisation, et nous parlait de tout ça. Mais maintenant il n'y en a plus* »³⁹². D'autres enquêtés du même quartier n'ont même pas connaissance de l'information : « *Nous n'avons aucune information ici [Enagnon]. Mais des gens venaient nous parler du choléra dans le quartier où nous étions avant* »³⁹³. Cet accès inégal à l'information sur le choléra dans un même quartier témoigne de ce que les campagnes ne sont pas toujours reçues par leurs destinataires.

Enfin, les techniques de communication sont généralement utilisées de façon isolée, et ne s'inscrivent pas dans une politique globale d'action sur les déterminants de la santé. Les campagnes de communication sont un moyen parmi d'autres, mis au service de la promotion de la santé, et il ne faut pas leur assigner les fonctions qu'elles ne sauraient remplir à elles seules (Lamoureux, 2005). Ces campagnes ne peuvent suffire à éradiquer le choléra, car leurs effets restent limités face à la persistance de conditions d'existence précaires qui le favorisent.

³⁹¹ Selon une jeune femme de 24 ans, de niveau secondaire, dans le quartier Enagnon le 9 juin 2013.

³⁹² Enquête dans le quartier Enagnon le 1^{er} juillet 2013.

³⁹³ Enquête dans le quartier Enagnon le 24 juin 2013.

Les comportements à risque cholérique incriminés sont socialement déterminés, ce sont des « habitus », c'est-à-dire des dispositions durables incorporés par les agents au cours de leur socialisation, qui guident leur manière de penser, de percevoir, d'apprécier et d'agir, si l'on suit Pierre Bourdieu (1998). Or, la lutte contre le choléra est essentiellement basée sur les campagnes de communication. Qu'elles soient de proximité ou médiatiques, elles ont pour objectif de changer les comportements individuels qui favorisent le développement des épidémies de choléra. Les comportements visés sont relatifs à la consommation de l'eau, à l'hygiène des denrées alimentaires et du cadre de vie, au rapport des parents avec les malades cholériques et à la nécessité d'un recours immédiat aux soins de santé, avec le slogan « *première selle à la maison, deuxième selle sur la route, troisième selle dans le centre de traitement* » (Gbary *et al.*, 2011). Cependant, ces campagnes montrent leurs limites, car les épidémies persistent avec les comportements incriminés. Ceci peut s'expliquer aussi par le fait que, axées sur la responsabilité individuelle, les campagnes de communication ignorent les conditions socio-économiques qui produisent les comportements à risque cholérique. Or, cette dimension socio-économique s'affirme dans les représentations sociales du choléra, les difficultés d'accessibilité à l'hygiène et à l'assainissement, ainsi qu'aux soins de santé. En outre, la dimension sociale des comportements individuels est révélée dans la construction sociale de ces campagnes, qui traduit le choléra en langage social et se fonde sur la vulnérabilité inégale des quartiers face à cette maladie. Les comportements incriminés étant socialement intégrés, ils ne peuvent pas être modifiés durablement par de simples discours, tant que les conditions socio-économiques qui les produisent persistent.

Chapitre 9

La gouvernance environnementale à Cotonou au risque du contexte socio-politique local : exemple des projets de gestion des déchets et d'aménagement des berges lagunaires

L'échec des politiques publiques dans les pays africains dans les années 1980, marqué par les difficultés des États à fournir des services aux citoyens, a suscité un intérêt des bailleurs de fonds pour la promotion de la gestion urbaine, à travers le Programme de gestion urbaine mis en place conjointement par la Banque mondiale, le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), la Commission des établissements humains des Nations Unies (CNUEH-Habitat) et des organes bilatéraux (Jaglin, 1995). C'est dans ce contexte que l'on observe une tendance à l'uniformisation des politiques urbaines en Afrique de l'Ouest depuis le début des années 1990, reposant sur l'idée que le développement dépend de la croissance économique (Hilgers, 2008, p. 210). Il s'agit d'améliorer les politiques urbaines pour renforcer la contribution des villes à la croissance économique, au développement social et à la réduction de la pauvreté (Mboumba, 2013, p. 74). Pour ce faire, il est question de lutter contre la pauvreté, de préserver l'environnement urbain et d'améliorer la productivité de l'espace urbain (Hilgers, 2008 ; Mboumba, 2013). Deux priorités apparaissent dans ce contexte, axées sur la notion de gouvernance urbaine. Il s'agit d'opérer des réformes institutionnelles visant le renforcement de l'administration des villes et une rationalisation de leur gestion, en recourant à la privatisation des services urbains marchands (desserte en eau potable, électricité, collecte des déchets...) (Jaglin, 1995, p. 210).

Dans ce contexte, ce chapitre questionne la notion de gouvernance urbaine, notamment dans le secteur environnemental, à l'aune de la salubrité. Il analyse l'effet du contexte socio-politique béninois, marqué par l'interventionnisme étatique et l'émergence récente d'un pouvoir local dans le cadre de la décentralisation amorcée dans les années 2000, sur les pratiques de gestion environnementale. Puisque la gouvernance suppose la participation citoyenne (Blanc, 2009), il s'agit également d'interroger la place des citoyens dans les projets urbains, en ce qui concerne spécifiquement la gestion des déchets et l'aménagement des berges lagunaires de Cotonou. Nous allons, dans un premier temps, montrer que la gouvernance urbaine est une injonction internationale, notamment des bailleurs de fonds et des partenaires au développement. A ce titre, elle s'est traduite par un schéma d'implication d'acteurs (collectivités locales, entreprises privées, habitants), qui ont du mal à s'approprier leur rôle dans la gestion de l'environnement urbain. Cette difficulté, nous le verrons dans un second temps, est en partie liée au contexte socio-politique, où la décentralisation et la participation citoyenne font face au centralisme étatique. On comprend ainsi, au final, comment le choléra est en lien avec la place mineure accordée aux préoccupations sanitaires dans les politiques urbaines.

9.1 La gouvernance de l'environnement urbain à Cotonou : du global au local

Si la gouvernance s'impose de plus dans les agendas des villes, notamment en ce qui concerne le développement durable depuis la Conférence de Rio en 1992, cette notion remonte à une période plus ancienne et n'était pas spécifiquement liée à la ville (Hajek, 2014). Dans une mise en perspective historique, Jean-Pierre Gaudin (2002) distingue trois « âges de la gouvernance », allant de la période médiévale à l'ère moderne. En effet, pendant le Moyen Âge, la gouvernance, définie comme « *l'action de piloter quelque chose* » (*idem*, p. 9), était assimilée au gouvernement. Entre les XV^e et XVIII^e siècles, la gouvernance renvoyait plus précisément à l'équilibre des pouvoirs entre la royauté et les parlementaires, avant de tomber en désuétude, pour ré-émerger dans les années 1990 (Gaudin, 2002 ; Hajek, 2014).

Toutefois, la notion de gouvernance connaît une histoire différente selon les pays, industrialisés ou en voie de développement. Dans les premiers, sa réappropriation est, d'une part, d'origine locale et se diffuse à partir de la scène anglo-saxonne où elle s'est rapidement imposée, et, d'autre part, fortement mobilisée comme un « quatrième pilier » du développement durable (Zitoun, 2014 ; Mangold, 2014). Il en va autrement dans les pays en voie de développement en général et africains en particulier, où la gouvernance a été présentée par les bailleurs de fonds (Fonds monétaire international (FMI) et Banque mondiale) comme une alternative aux avatars de l'octroi de l'aide et des politiques d'ajustements structurels (Gaudin, 2002). Ainsi, la promotion de la gouvernance urbaine et l'appel à « une bonne gouvernance » dans les États africains s'apparentent à une injonction des bailleurs de fonds à associer les acteurs privés, les autorités locales et les communautés citadines dans la gestion des villes (Jaglin, 1995 ; Dorier-Apprill, 2005). La gouvernance urbaine vise la présence moins marquée de l'État (Soumahoro, 2015, p. 75), et la promotion du développement municipal (Hilgers, 2008). Selon Mathieu Hilgers (2008, p. 210), le développement municipal, comme corollaire de la gouvernance urbaine, consiste à renforcer les structures administratives et techniques des nouvelles collectivités locales, à stimuler des activités économiques à grande échelle, à soutenir l'émergence de dynamiques participatives et à favoriser, par l'éclosion d'une mobilisation citoyenne, la participation des populations à leur propre développement. Cette injonction à la gouvernance urbaine repose sur l'idée que les administrations locales ne peuvent répondre aux besoins sociaux des citoyens de manière efficace qu'en partenariat avec d'autres organismes publics, les différents segments de la société civile ainsi que des acteurs privés (Jouve, 2007).

En promouvant la présence moins marquée de l'État dans la gestion urbaine, la gouvernance implique donc la décentralisation, c'est-à-dire un « *mouvement de réforme politique et administrative permettant de céder, en nombre variable et selon différents dosages, des fonctions, des responsabilités, des ressources et des pouvoirs politiques et budgétaires aux échelons inférieurs de l'État* [qu'ils soient] *des régions, des districts ou des municipalités* » (Soumaholo, 2015, p. 52). Remarquons toutefois que tous les pays africains n'ont pas adopté le même schéma d'autorité territoriale dans leur processus de décentralisation. En Côte d'Ivoire, par exemple, il existe un schéma de décentralisation à trois niveaux, à savoir : le niveau supérieur de la région, le niveau moyen du département et du district, et enfin le niveau inférieur de la commune (Soumaholo, 2015, p. 56). En revanche, la commune est la seule entité territoriale décentralisée dotée d'une personnalité juridique et de l'autonomie financière au Bénin. Il n'y existe pas de région, et le département demeure une circonscription administrative de l'État, un échelon de pouvoir déconcentré, et ne jouit ni de la personnalité juridique, ni de l'autonomie financière³⁹⁴.

Même si l'appel à la « bonne gouvernance » des États africains ne concerne pas spécifiquement le développement durable, on retrouve le triptyque économie, environnement et social dans les domaines faisant l'objet d'attention de la part des bailleurs de fonds. Car l'objectif de la gouvernance urbaine est de contribuer plus efficacement à la croissance économique, à la protection de l'environnement, et à la promotion des services sociaux de qualité aux citoyens (Hilgers, 2008 ; Mboumba, 2013). Cette prise en compte de l'environnement dans la gouvernance urbaine s'est traduite au Bénin par la mise en place d'un schéma de gestion des déchets dans la ville de Cotonou dans les années 2000. Appliquée au secteur des déchets, la gouvernance vise donc une gestion partagée des services entre les collectivités locales, les acteurs privés et la société civile, incarnée notamment par les ONG, ainsi qu'une participation des populations citadines.

D'un autre côté, même si les préoccupations des pouvoirs publics pour les questions de salubrité urbaine sont mineures et restent limitées à l'adoption de divers textes dont l'application est affrontée aux conditions socio-économiques des populations, comme nous l'avons montré, des projets de gestion environnementale peuvent émerger d'enjeux économiques, sous l'impulsion de partenaires financiers ou commerciaux internationaux. Tel est le cas du « projet d'aménagement des berges lagunaires de Cotonou ».

³⁹⁴ Article 5 de la loi N° 97-028 du 15 janvier 1999 portant organisation de l'administration territoriale en République du Bénin.

Par l'exemple de ces deux projets, de gestion des déchets et d'aménagement des berges lagunaires de Cotonou, nous verrons, d'une part, comment l'injonction à la gouvernance urbaine dans le domaine de l'environnement s'apparente à une émanation internationale et, d'autre part, que leur mise en œuvre révèle des enjeux économiques et politiques, sous le couvert de préoccupation sanitaires.

9.1.1 De l'échec de la gestion en régie à l'injonction à une « gestion partagée » des déchets à Cotonou

De 1960³⁹⁵ à 1990, la gestion des déchets était assurée par le Service de la voirie urbaine de Cotonou (SVUC) (Gbinlo, 2010). Cette gestion en régie réalisait une collecte inégale des déchets dans la ville de Cotonou, et les moyens financiers y étaient concentrés. La collecte était limitée toutefois aux quartiers accessibles aux véhicules lourds. En plus de l'incapacité de la SVUC à assurer un service de collecte équitable, la crise économique des années 1990 a sonné le glas d'une gestion exclusivement en régie, contraignant l'État à confier le secteur aux opérateurs privés.

Le modèle de gestion privé des déchets existe sous diverses formes. Il s'agit du « *contracting out* », ou le « *faire faire* » en français ; de la « *concession* » et de la « *concurrence* » (Toukara, 2015, p. 105). Le « *contracting out* » présente deux options. D'une part, il peut reposer sur un contrat avec un opérateur privé payé directement par la municipalité, qui supervise l'exécution des tâches. D'autre part, il peut relever d'une délégation par franchise à l'opérateur privé qui détient l'exclusivité sur une ou plusieurs zones. Dans ce cas, c'est la municipalité qui fixe le tarif du service fourni aux citoyens, le niveau de service demandé et perçoit des pourcentages sur le chiffre d'affaires de l'opérateur. La « *concession* », quant à elle, consiste à accorder à l'opérateur privé un accès exclusif au marché des déchets. Celui-ci est directement payé par les usagers. Enfin, la « *concurrence* » fait intervenir un autre opérateur sur le marché moyennant le paiement d'une licence délivrée par la municipalité.

Vers la fin des années 1980, la SVUC opte pour la concession du secteur de l'assainissement à un opérateur privé, car le recours au privé en matière des déchets apparaissait plus rentable que la gestion en régie (Toukara, 2015). C'est ainsi que se crée dès 1989 la Société Industrielle d'Équipement et d'Assainissement Urbain (SIBEAU), qui assurait la collecte des déchets et la vidange des fosses septiques (Gbinlo, 2010, p. 76). Première entreprise privée

³⁹⁵ Année de l'accession du Bénin à la souveraineté internationale.

intervenant dans la gestion des déchets à Cotonou, la SIBEAU offre diverses prestations telles que la collecte des déchets, le vidange des fosses septiques aux particuliers, aux hôtels, aux ambassades et aux entreprises, etc. Au milieu des années 1990, cette entreprise assure la collecte de 20% des déchets solides ménagers (DSM), soit 180 m³ de déchets par jour. Cependant, les interventions de la SIBEAU accentuaient les inégalités environnementales, en ce sens que ses activités desservaient essentiellement les quartiers favorisés dans lesquels le recouvrement des coûts était de 100%. Plusieurs quartiers se sont donc retrouvés sans aucun système de gestion de leurs déchets.

C'est dans ces conditions que des initiatives de gestion communautaire des déchets émergent à partir de 1993, avec l'appui d'ONGs et de coopération internationale (Gbinlo, 2010, p. 77). Il s'agissait d'initiatives très localisées, qui se limitaient à certains quartiers. C'est le cas par exemple du Projet Pilote de Gestion des Ordures (PPGO) initié par le CREPA³⁹⁶-Bénin dans le quartier Saint Michel ; du projet d'assainissement et de protection de l'environnement (PrAPE) du centre Bethesda, conduit par le centre de santé de la commune de Sainte Rita sur financement de la coopération française ; du projet Brigade d'Assainissement et de Gestion des Ordures Ménagères (BAGOM) mené par l'association médico-sociale du quartier Ménontin, créée par l'Archevêché de Cotonou (*idem.*, p.77). Ces initiatives ont été démultipliées dans l'ensemble de la ville de Cotonou, pendant que la mairie continuait à faire de la collecte en régie jusqu'en 2000.

L'éclosion de ces Structures non gouvernementales (SNG³⁹⁷), non assujetties à la réglementation ou à la fiscalité des entreprises commerciales, a été fortement recommandée par des instances internationales comme un modèle pour l'Afrique, pour assurer les services de proximité tels que le ramassage des ordures ou l'entretien des rues, en lien avec les municipalités. Car elles devraient permettre aux diplômés sans emploi ou licenciés de la fonction publique victimes des restrictions d'effectifs dans le cadre des Programmes d'ajustement structurel (PAS), de retrouver une activité hors du fonctionnariat (Dorier-Apprill et Meynet, 2005, p. 20). Elles sont insérées dans un schéma de « *gestion partagée* » (*idem.*) des déchets avec les entreprises privées, les municipalités et les citoyens.

Mais leur statut est variable. Si au Bénin, les structures de pré-collecte des déchets sont des ONGs, des associations ou des coopératives, à Mopti au Mali elles ont un statut *ad hoc*, celui

³⁹⁶ Centre Régional pour l'Eau Potable et l'Assainissement.

³⁹⁷ La terminologie SNG est employée pour désigner des structures associatives locales, et les distinguer des ONGs internationales (Dorier-Apprill et Meynet, 2005). Toutefois, le sigle ONG est largement utilisé à Cotonou pour parler des structures locales de pré-collecte des déchets.

de groupement d'intérêt économique (GIE), qu'on retrouve également au Sénégal (Dorier-Apprill, Meynet, 2005, p. 20). À Ouagadougou, au Burkina Faso, les associations communautaires, créées dès les années 1990 avec la libéralisation de la filière des déchets, ont été obligées de se regrouper en GIE pour pouvoir postuler aux appels d'offres dans le cadre de l'application du Schéma directeur de gestion des déchets (SDGD) en 2000 (Sory, Tallet, 2012, p. 80). Bien qu'elles soient différemment dénommées, ces structures, qu'on appelle encore acteurs privés, matérialisent l'injonction des bailleurs de fonds à une gestion partagée des déchets en Afrique.

C'est en 2000 que la municipalité de Cotonou a délégué l'intégralité de la filière aux acteurs privés. Le 8 août 2000, une nouvelle politique de gestion des déchets solides ménagers a été mise en place, avec l'appui technique et financier d'Oxfam Québec, à travers le Projet de gestion des déchets solides ménagers (PGDSM). Cette nouvelle orientation dans la gestion des déchets est basée sur deux principes : *« le principe de gestion participative et celui de gestion partagée. Le principe de gestion partagée fait la clarification des rôles et responsabilités des différents acteurs. Chacun des acteurs qui interviennent dans ce secteur a désormais sa partition à jouer. Les rôles ont été donc partagés. Les ministères par exemple ne doivent plus rentrer dans la gestion des déchets comme ils avaient l'habitude de le faire auparavant. Le ministère de l'Environnement définit désormais la politique de l'environnement à gérer avec les partenaires et le ministère de la Santé. Les communes, quant à elles, doivent mettre en place les stratégies et les exécuter. Nous considérons à cet effet les ONG comme acteurs parce que nous sommes venus les trouver sur place... Le principe de gestion participative est assimilé à celui de pollueur payeur. Les ménages qui produisent les déchets doivent participer à l'enlèvement et au traitement des déchets produits. A ce titre, ils doivent payer une somme. Ils participent ainsi à l'enlèvement, au traitement et au devenir des déchets produits à leur niveau »*³⁹⁸. Cette nouvelle orientation place au-devant de la scène les ONGs, les entreprises privées et les populations selon des rôles spécifiquement dévolus.

La mise en œuvre de cette nouvelle orientation a consisté d'abord à la segmentation de la filière de gestion des déchets en trois étapes : *« la pré-collecte, qui consiste à cueillir les déchets porte à porte par des structures communautaires qui en feront le tri ; le transport des déchets à partir des points de regroupement où les structures communautaires déposent dans des conteneurs ; la gestion du site d'enfouissement où les camions déversent les conteneurs à*

³⁹⁸ Propos du chef du service de la propreté urbaine à la mairie de Cotonou, recueillis et publiés par le journal *Fraternité* du 26 janvier 2011 dans l'article « Un travail en chaîne pour une ville saine : Gestion des ordures ménagères à Cotonou », consulté le 15 décembre 2014.

déchets dans une cellule prévue à cet effet [pour être] compactés et recouverts d'une couche de terre, pour éviter toute forme de nuisance à la population »³⁹⁹.

La première phase est dévolue à des ONGs en contrat avec la municipalité, comme l'explique le chef du service de la propreté urbaine à la mairie de Cotonou : « *La pré-collecte est prise en charge par les ONGs compétentes dans le domaine. La ville de Cotonou est subdivisée de nos jours [janvier 2011] en 95 zones de pré-collecte avec 55 ONGs autorisées... Une fois les ordures enlevées au niveau des ménages, elles sont déposées au niveau des points de regroupement...* »⁴⁰⁰. Avec l'appui de la municipalité de Cotonou, les ONGs sont regroupées au sein d'une coordination, dénommée « Coordination des organisations non gouvernementales de Gestion des Déchets solides ménagers et de l'Assainissement de la ville de Cotonou (COGEDA) ». Le nombre des ONGs de pré-collecte est en fait de 77⁴⁰¹, contrairement au chiffre de 55 avancé par le chef du service propreté de la mairie en 2011, qui correspond à la situation de l'année 2000. Parfait Blalogoe (2003-2004, p. 40) relève ainsi le dynamisme du système, qui est passé de 55 structures de pré-collecte, avec à peine 13 732 abonnés en 2000, à 77 structures, pour plus de 26 075 abonnés en 2003.

La collecte et le transport des déchets solides ménagers des points de regroupement vers les lieux d'enfouissements sanitaires (LES) sont assurés par des entreprises privées recrutées par appel d'offre par la mairie de Cotonou (Blalogoe, 2003-2004).

Précisément, le LES situé à Ouéssè dans la commune de Ouidah⁴⁰² est un domaine de 80 hectares acquis par la municipalité de Cotonou et dont la gestion est également confiée à un opérateur privé. Il a été aménagé avec l'appui de la coopération canadienne. Le chef du service de la propreté urbaine à la mairie de Cotonou précise, dans un entretien publié par le journal *Fraternité* du 26 janvier 2011 : « *Concernant la collecte et le transport, la ville de Cotonou a été subdivisée en 3 zones de collectes. La responsabilité de chaque zone a été confiée aux prestataires qui ont plus de moyens pour enlever quotidiennement les ordures. Ces ordures sont directement acheminées vers le Lieu d'Enfouissement Sanitaire (LES) ou décharge finale contrôlée. Cotonou dispose de l'une des meilleures décharges contrôlées de*

³⁹⁹ Oxfam Québec Bénin, fiche du projet Gestion des Déchets Solides Ménagers (GDSM).

⁴⁰⁰ *Idem*.

⁴⁰¹ Ce chiffre de 77 ONGs est avancé aussi bien dans la Fiche GDSM de Oxfam Québec ; sur le site internet de la mairie de Cotonou ; dans l'article « La pré-collecte des ordures ménagères, un créneau porteur », publié par Babylas de Souza le 22 mars 2013 sur <http://babylas25.mondoblog.org/2013/03/22/la-pre-collecte-des-ordures-menageres-un-creneau-porteur> ; que par Gbinlo, 2010, p. 82.

⁴⁰² Ville située au sud ouest du Bénin à 41 km environ de Cotonou.

la sous-région. La gestion et l'opérationnalisation de cette décharge ont été confiées à l'opérateur qu'est l'Agetur ».

La filière des déchets à Cotonou est donc entièrement déléguée aux acteurs privés, qu'il s'agisse d'ONGs, d'entreprises privées immatriculées au Bénin, ou d'agences régies par la loi 1901, comme l'Agetur qui assure la gestion de la décharge finale de la municipalité. On peut également observer le rôle crucial des ONGs ou agences internationales sous contrat direct avec la Banque mondiale dans l'élaboration de ce modèle de gouvernance du secteur des déchets dans les villes africaines. Si au Bénin, le PGDSM de Cotonou est élaboré par l'ONG canadienne Oxfam Québec pour le compte de l'Agence Canadienne pour le Développement International (ACDI), le modèle dakarois est l'œuvre de ENDA⁴⁰³ (Dorrier-Apprill, Meynet 2005) ; et l'USAID⁴⁰⁴, en collaboration avec l'État égyptien, met en place en 2000 le « *National Strategy for solid wastes management* » (Debout, 2014).

Toutefois, ce modèle de gestion partagée n'exclut pas la concurrence. Celle-ci permet justement aux municipalités de réduire les coûts financiers et de faire face à leurs déficits financiers (Tounkara, 2015). Cette concurrence se traduit à Cotonou par la sélection des ONGs et entreprises privées par appel d'offre. Le zonage de la collecte permet à la municipalité d'attribuer des secteurs différents de pré-collecte à chaque ONG et entreprise de transport. Chacun des acteurs attributaires doit donc faire preuve d'innovation pour mobiliser les habitants à s'abonner à ses services et à honorer leurs engagements financiers. Mais il peut exister aussi des tensions entre les municipalités et les acteurs privés. Ces tensions se déclinent sous forme d'opposition des acteurs au mode de coordination du système par les municipalités. Par exemple, la coordination de la COGEDA a menacé d'abandonner les activités de pré-collecte des déchets à Cotonou, suite à un arrêté de la Mairie en date du 26 mai 2015, qui modifie le zonage de la pré-collecte, notamment le secteur 12-13. Ce secteur serait subdivisé en deux zones, et attribué à de nouvelles ONGs qui ne seraient pas membres de la COGEDA⁴⁰⁵. Ces formes de tension font alors passer le modèle de « *gestion partagée* » à une sorte de « *gestion disputée* » (Dorrier-Apprill, Meynet, 2005).

⁴⁰³ Environnement et développement du Tiers-Monde.

⁴⁰⁴ *United States agency for international development.*

⁴⁰⁵ Kingbêwé H., « Pré-collecte des déchets à Cotonou : la COGEDA dénonce la décision de la Mairie et menace », publié dans *La Nouvelle Tribune* du 9 juin 2015, consulté le 10 février 2016.

9.1.2 « Le projet d'Aménagement des berges de la lagune de Cotonou » ou la captation de partenaires économiques internationaux

Nous avons vu, dans les chapitres précédents, que la berge lagunaire de Cotonou est l'un des espaces les plus insalubres de la ville. Elle sert de dépotoirs d'ordures provenant non seulement des quartiers riverains, mais aussi de l'ensemble de la ville. Elle abrite également des latrines sur pilotis, à travers lesquelles les habitants des quartiers riverains défèquent directement dans le lac Nokoué et la lagune de Cotonou. En mai 2012, le gouvernement du Bénin, en partenariat avec la municipalité de Cotonou, a déplacé les populations et démoli les habitats et installations marchandes érigées sur les berges lagunaires des quartiers Abokicodji, Dédokpo, Gbogbanou et Xwlacodji⁴⁰⁶.

C'est par le quartier Xwlacodji que cette opération a commencé le 4 mai 2012. Le génie militaire, aidé des forces de sécurité publique, a procédé à la démolition des habitats et autres installations sur la berge lagunaire du quartier. Le chef du 5^e arrondissement de Cotonou, dont fait partie le quartier Xwlacodji, décrit une opération usant de matériels lourds, des bulldozers en l'occurrence. *« Le vendredi 4 mai [2012] au matin, des gens sont venus me voir chez moi pour m'apprendre la nouvelle. Des policiers et des militaires avaient envahi le quartier. Ils sont arrivés à 6h du matin sans prévenir. Les habitants étaient en colère, je me suis interposé pour discuter mais je voyais bien que les choses pouvaient dégénérer. Alors je leur ai demandé de ne pas résister. Ils ont récupéré le plus d'affaires possible et les bulldozers ont commencé à détruire les maisons une à une »*⁴⁰⁷. Plus de 7000 habitants de ce quartier se seraient retrouvés sans abri à l'issue des démolitions⁴⁰⁸. L'opération a été poursuivie dans les quartiers Abokicodji, Dédokpo et Gbogbanou les 7 et 8 mai 2012, avec la démolition des installations marchandes, boutiques et hangars, et des habitats situés sur l'emprise de la zone délimitée par l'Institut géographique national (IGN)⁴⁰⁹.

Selon les autorités publiques béninoises, la décision d'assainir la berge lagunaire de Cotonou a été prise en 2003, en réponse à l'insalubrité qui la caractérise, avec des risques sanitaires importants. *« La décision de déguerpissement des berges lagunaires remonte à 2003. Elle intervient après le constat fait sur leur état d'insalubrité, résultant de l'occupation illégale*

⁴⁰⁶ Cette opération a été largement médiatisée, et des articles de presse ont été publiés dans plusieurs organes tels que *Le Matinal* du 9 mai 2012, *L'Événement Précis* du 12 mai 2012, *La Nouvelle Tribune* du 6 mai 2012, *Fraternité* du 26 juin 2014. Nous reviendrons plus loin sur le contenu des articles publiés.

⁴⁰⁷ Propos recueillis et publiés par un observateur de France24, <http://observers.france24.com/>, consulté le 25 mai 2016.

⁴⁰⁸ *Idem* ; « Déguerpissement de la berge lagunaire de Xwlacodji : plus de trois cents logements détruits », publié par Euloge Quenum dans *La Nouvelle Tribune* du 8 mai 2012.

⁴⁰⁹ « Destruction de boutiques et maisons de fortune sises à Gbogbanou : Les agents de la Sogema s'insurgent et dénoncent le Mehu », publié par Claude Ahovè dans *Le Matinal* du 9 mai 2012.

par les populations, déjà recasées⁴¹⁰ depuis les années 1980 »⁴¹¹. Cette insalubrité a été mise sous les feux de l'actualité par le ministre de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme (MEHU), à l'occasion de sa visite des berges le 19 juillet 2011 : ce dernier a noté, entre autres, la prolifération de dépotoirs sauvages, la défécation sur les berges et dans la lagune, à partir des toilettes installées sur pilotis, la divagation d'animaux domestiques, l'érection de bâtiments en matériaux définitifs sur des ouvrages de protection de la côte de Xwlacodji, l'occupation illégale des domaines publics par des habitats en matériaux précaires, et la pollution des eaux par les colorants issus des activités de teinturiers⁴¹². Cette situation n'est pas récente ; la presse parle même de « *décennies de pollution* »⁴¹³.

La direction générale de l'environnement conforte les observations du ministre, et va plus loin en mettant l'accent sur les impacts de l'insalubrité des berges sur l'environnement et la santé humaine et les écosystèmes : « *Les colorants, les détergents, les huiles usagées limitent la ré-oxygénation de l'eau, entravent l'action épuratoire des bactéries, intoxiquent les animaux aquatiques. Les risques liés à ces composés sont de types cancérigènes ou tératogènes. Le péril, avec les virus, les bactéries, les protozoaires qui sont à l'origine des maladies hydro-fécales : choléra, polio, paludisme, fièvre typhoïde, bilharziose* »⁴¹⁴. Il s'agit là d'un argumentaire des autorités publiques, visant à mettre en exergue les effets sanitaires de l'état d'insalubrité des berges de la lagune de Cotonou et du lac Nokoué, et justifier la nécessité d'une opération d'assainissement.

Si cet argumentaire est fondé⁴¹⁵, eu égard à la prévalence des maladies hydro-fécales, en l'occurrence le choléra, les préoccupations sanitaires n'ont pas été à l'origine de ce projet. Les fondements sont d'ordre économique et touristique. Il répond à un triple objectif de conformité aux exigences de l'Union Européenne sur les normes de production et

⁴¹⁰ Les populations concernées auraient été dédommagées depuis 1981, mais n'ont pas quitté les parcelles dont elles auraient été expropriées.

⁴¹¹ Propos du ministre de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme Blaise Ahanhanzo, dans la note envoyée au Maire de Cotonou au sujet de l'« *assainissement des berges lagunaires d'Abokicodji, Dédokpo, Gbogbanou et Xlacodji à Cotonou* », publié dans *L'Événement Précis* du 16 mai 2012.

⁴¹² Observations mentionnées par le ministre de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme Blaise Ahanhanzo, dans une correspondance adressée au Maire de Cotonou publiée dans *L'Événement Précis* du 16 mai 2012.

⁴¹³ Allochemè O., « Berges lagunaires de Cotonou : Des décennies de pollution », publié dans *L'Événement Précis* du 16 mai 2012.

⁴¹⁴ Propos du Directeur général adjoint de l'Environnement, Imorou Ouro Djévi, publiés dans l'article « Poursuite de l'opération d'assainissement de la berge lagunaire : "Missèbo" rasée, victimes et autorités s'accusent », *Le Matinal* du 9 mai 2012.

⁴¹⁵ Nous avons également observé l'insalubrité des berges de la lagune et du lac Nokoué à l'occasion de nos différents séjours en 2012, 2013 et 2014.

d'exportation de crevettes, de modernisation des marchés et de promotion d'infrastructures économiques et touristiques⁴¹⁶.

En effet, le « projet d'aménagement des berges de la lagune de Cotonou » est initié dès les années 2000⁴¹⁷. Il consiste à dégager lesdites berges pour les valoriser, par la construction d'infrastructures économiques et touristiques. Il s'agit, entre autres⁴¹⁸, d'un port de plaisance, de bars-restaurants et d'un pont piétonnier. Il est également prévu le développement des infrastructures de sports nautiques, l'aménagement de zones de promenade en pirogue ou en barque motorisée, l'aménagement de zones de pêche et de loisirs, la création d'un parc botanique, l'aménagement d'espaces boisés, etc. La carte ci-après, conçue en 2000, présente ce projet.

⁴¹⁶ Autorité Béninoise de Sécurité Sanitaire des Aliments (ABSSA), *Santé Publique*, 2010.

⁴¹⁷ C'est en mai 2000 que la Société d'Etudes Régionales d'Habitat et d'Aménagement Urbains (SERHAU- SA) a reçu, par convention de Maîtrise d'ouvrage déléguée n° /0003/MEHU/DC/DU/SA du 30 mai 2000, délégation du ministère de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme (MEHU) pour conduire pour son compte les études et les travaux relatifs au projet d'aménagement des berges de la lagune de Cotonou.

⁴¹⁸ Infrastructures évoquées par le ministre de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme Blaise Ahanhanzo, cité dans *L'Événement Précis* du 16 mai 2012.

Source : Ministère de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme, 2000.



Cette carte a été réalisée en 2000. La mise en œuvre d'un tel projet repose d'abord sur la mise à disposition de l'espace susceptible d'abriter les infrastructures prévues, donc le déplacement des populations et des ouvrages qui y sont installés. Contrairement à la remarque avancée par le Directeur général adjoint de l'environnement, l'idée de « déguerpir » les berges ne remonte donc pas à 2003, mais bien avant. De plus, sur cette carte, il apparaît que le projet a pris en compte les berges Est et Ouest de la lagune de Cotonou, allant essentiellement de l'ancien pont aux rives du lac Nokoué, où les plus importantes infrastructures sont concentrées. Aucune infrastructure n'est prévue, d'après cette carte, dans le quartier Xwladodji, situé au sud-ouest, au niveau du chenal de Cotonou. Cependant, une partie de ce quartier a également été rasée par les autorités publiques.

En fait, la démolition des habitats dans ce quartier s'inscrit dans le cadre d'un projet de rénovation initié en 2001 par le MEHU. Ce projet fait partie d'un dossier intitulé « *Aménagement de la zone commerciale de Ganhi : bientôt un centre commercial de référence à Cotonou* », signé par le ministre de l'époque⁴¹⁹. Ledit dossier avait prévu un « programme spécial de Placodji⁴²⁰ », un quartier contigu à la zone commerciale de Ganhi. Un site a été retenu dans ce quartier pour abriter un centre commercial. Mais cet espace est occupé par des habitations. Ainsi, deux options s'offraient au gouvernement : soit maintenir les populations sur place, soit procéder à la « rénovation⁴²¹ » du quartier. C'est la seconde option qui a été retenue, car il s'agissait pour l'État de récupérer son « *patrimoine foncier ouvrant la voie à une mise en valeur planifiée et maîtrisable du site* »⁴²². C'est une logique économique qui préside à ce projet de rénovation du quartier Placodji, et qui est traduite dans le projet de construction d'un centre commercial. On le sait, la rénovation urbaine est souvent sous-tendue par des raisons économiques d'abord. Parmi d'autres, Manuel Castells (1972, p. 387) l'a montré dans son étude, devenue classique en sociologie urbaine, du cas de Paris dans les années 1960 : 95% de la surface rénovée intègre des installations commerciales qui n'y existaient pas, avec l'implantation de commerce de grande surface sur 71,3% de la superficie. Cotonou ne fait pas exception.

⁴¹⁹ Gbaguidi Donatien, « Casses à la berge lagunaire de Cotonou : l'enfer des déguerpis de Placodji », publié dans *L'Événement Précis* du 8 juin 2012, consulté le 10 octobre 2015.

⁴²⁰ Placodji est la toponymie francisée de Xwladodji. Ces deux termes renvoient au même quartier.

⁴²¹ Terme utilisé dans le dossier concernant ce quartier, repris par Gbaguidi Donatien, dans son article « Casses à la berge lagunaire de Cotonou : l'enfer des déguerpis de Placodji », publié dans *L'Événement Précis* du 8 juin 2012, consulté le 11 octobre 2015. La rénovation consiste à démolir les infrastructures existant sur une surface pour la reconstruire.

⁴²² Proposition de l'équipe de l'ancien ministre Luc-Marie Gnacadja, dans le dossier intitulé « Aménagement de la zone commerciale de Ganhi : Bientôt un centre commercial de référence à Cotonou », publiée par Gbaguidi Donatien, *ibid.*, publié dans *L'Événement Précis* du 8 juin 2012, consulté le 20 octobre 2015.

Dans la logique de la gouvernance urbaine ouvrant la voie à l'internationalisation des enjeux, le projet de construction d'un centre commercial sur la berge lagunaire de Xwlacodji est le fruit de la coopération entre la municipalité de Ningbo en Chine et celle de Cotonou⁴²³. D'un coût estimé à 20 milliards de Francs CFA, ce projet sera entièrement financé par la ville de Ningbo, dans le but d'étendre le centre commercial chinois déjà existant dans la zone commerciale de Ganhi⁴²⁴. Une délégation de la municipalité chinoise avait d'ailleurs séjourné au Bénin en avril 2013 pour étudier la construction de cet ouvrage. Enfin, la délégation chinoise de la ville de Ningbo, conduite par l'ambassadeur de Chine au Bénin, en compagnie du premier adjoint au maire de Cotonou et de l'ancien ministre de l'environnement Blaise Ahanhanzo, a été reçue en audience par le Président de la République du Bénin. Ce projet a été présenté au chef de l'État au cours de cette audience. Le ministre de l'Environnement, qui avait conduit les opérations de démolition des habitats dans le quartier Xwlacodji, a estimé que « *la volonté du gouvernement d'assainir la berge lagunaire est ainsi entrée dans sa phase active* »⁴²⁵. La construction d'un ouvrage commercial est présentée ici comme un mode d'assainissement urbain.

Par ailleurs, l'idée du déplacement des populations et de la destruction des installations marchandes des berges lagunaires de Xwlacodji, de Dédokpo et d'Abokicodji, s'est trouvée renforcée par la nécessité de se conformer aux normes internationales en matière de production et d'exportation de produits halieutiques. Elle fait suite aux recommandations de l'Union Européenne. En effet, l'Office alimentaire et vétérinaire (OAV) a dépêché une mission au Bénin du 7 au 11 octobre 2002 pour évaluer les conditions de production et d'exportation des crevettes vers l'Union Européenne. Cette mission a révélé le non-respect des normes sanitaires européennes en ce qui concerne notamment la production et l'exportation des crevettes⁴²⁶. Les insuffisances relevées sont liées, entre autres, à l'absence de législation, à l'absence de réfrigération, à l'insalubrité des lieux de débarquement des produits, etc. Le rapport a également indiqué la non-application du plan *Hazard analysis critical control points* (HACCP), qui consiste en l'analyse des dangers et la maîtrise des

⁴²³ « Chine-Bénin : La municipalité de Ningbo fait un don à la mairie de Cotonou », publié le 13 avril 2013 sur <http://french.china.org.cn/foreign/>, consulté le 15 octobre 2015.

⁴²⁴ « La mairie de Cotonou reçoit du matériel de la Chine », publié sur <http://www.24haubenin.info>, le 14 avril 2013, consulté le 15 octobre 2015.

⁴²⁵ « Audience au Palais de la Marina : Bientôt un centre commercial sur la berge lagunaire de Cotonou », publié sur <http://www.gouv.bj/actualites>, consulté le 15 octobre 2015.

⁴²⁶ Autorité Béninoise de Sécurité Sanitaire des Aliments (ABSSA), *Santé Publique*, 2010.

points critiques de la chaîne de production dans les entreprises exportatrices, puis le non-respect des « bonnes pratiques » en matière d'hygiène et de l'environnement au niveau des petits producteurs et petits commerçants intermédiaires⁴²⁷. Les questions d'insalubrité de l'environnement de la pêche et d'hygiène, que ce soit dans les zones de débarquement des produits ou au niveau des producteurs et des commerçants, ont occupé une place de choix dans ce rapport. Cet état de fait a d'ailleurs été reconnu par les autorités chargées de la pêche au Bénin : « *On assiste... à une insalubrité des berges lagunaires servant à la pêche de crevettes au Bénin, notamment le lac Ahémé, le lac Nokoué et la lagune de Porto-Novo, qui sont les trois grands plans d'eau servant à la pêche de crevettes sur le territoire béninois* »⁴²⁸. La mission de l'OAV a conclu que les crevettes béninoises n'étaient pas conformes aux normes internationales, elles étaient donc non exportables vers l'Union Européenne. Cette mission a, par ailleurs, formulé un certain nombre de recommandations relatives aux conditions d'hygiène, afin de garantir et de mettre en conformité les produits halieutiques du Bénin avec la directive 91/493/CEE relative à la production et à la mise sur le marché des produits de la pêche⁴²⁹.

Au lendemain de la publication de ce rapport de l'Office alimentaire et vétérinaire de l'UE, le gouvernement béninois a décidé, le 11 juillet 2003, d'une auto-suspension de la commercialisation des crevettes vers ces destinations. Il s'agissait d'anticiper un éventuel embargo, qui pourrait découler de la non-conformité aux normes indiquées par l'UE⁴³⁰.

Cet arrêt des exportations de crevettes a eu pour conséquence la fermeture de l'usine de commercialisation (CRUSTAMER) de renommée internationale, et d'autres unités de production. Selon la Direction des Pêches, cette situation a créé un manque à gagner de 9.778.000.000 Fcfa à l'économie béninoise⁴³¹. L'opération d'assainissement des berges du lac Nokoué et de la lagune de Cotonou était donc apparue nécessaire, afin de se conformer aux normes internationales en matière de production et d'exportation des crevettes.

⁴²⁷ Propos du chef de service Contrôle qualité et Suivi des produits de la pêche et des filières halieutiques, en service à la Direction des pêches, M. Benoît Adéké, recueillis et publiés par Monaliza Hounnou, dans l'article « La filière crevette au Bénin : un secteur en plein déclin », *La Presse du Jour* du mardi 30 juillet 2013, consulté le 16 octobre 2015.

⁴²⁸ *Idem*.

⁴²⁹ Note du ministre de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme Blaise Ahanhanzo au maire de Cotonou, publiée dans *L'Événement Précis* du 16 mai 2012, consulté le 16 octobre 2015.

⁴³⁰ *Idem*.

⁴³¹ Note du ministre de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme Blaise Ahanhanzo au maire de Cotonou, publié dans *L'Événement Précis* du 16 mai 2012. Cet argument a été repris par le directeur général adjoint de l'environnement, dans un entretien publié par *Le Matinal* du 9 mai 2012, consulté le 17 octobre 2015.

Même si des efforts ont été consentis par les autorités béninoises entre 2003 et 2009, à l'issue de la seconde mission effectuée du 9 au 17 juin 2009 par l'OAV, 90% des crevettes produites au Bénin demeuraient toujours non exportables vers l'UE, en raison, entre autres, de la persistance de l'insalubrité des berges des plans de pêche. Seuls 10% de la production, pêchée dans la région de Sô Ava, était exportable vers l'Europe⁴³². Un mois avant l'arrivée de cette mission, le processus de mise en œuvre de cette opération démarrée en 2006 s'est accéléré, notamment avec la création du comité interministériel⁴³³ chargé de la coordination et du suivi de la mise en œuvre des travaux dits d'assainissement des berges.

L'ambitieux projet d'aménagement des berges lagunaires de Cotonou n'est en fait pas opérationnel. Si, depuis 2012, les populations ont été déplacées, aucune infrastructure parmi celles annoncées n'a encore été érigée à fin août 2016. La nature circonscrite des démolitions atteste que cette opération répond à l'urgence de libérer les réserves foncières pour leur mise en valeur au gré des disponibilités de financements. On a vu que le processus de la construction du centre commercial sur la berge de Xwlacodji est déjà enclenché. Abokicodji, Dédokpo et Gbogbanou forment un espace commercial autour de Dantokpa. Le déplacement des populations et des installations marchandes de ces espaces s'inscrit dans l'urgence de réaménagement des marchés, débuté en 2008 avec des travaux dans Dantokpa pour un coût total de 5 milliards de Fcfa⁴³⁴. Il s'agit pour le gouvernement de mettre fin, à court terme, aux « *extensions qui n'en finissent pas* »⁴³⁵.

9.2 La gouvernance urbaine à Cotonou : la difficile incarnation locale d'une injonction internationale

On l'a vu, l'injonction à la bonne gouvernance urbaine dans les pays africains est une condition de l'aide au développement (Gaudin, 2002). Les contraintes liées à la mobilisation des financements étrangers ont suscité l'adoption et la mise en œuvre des méthodologies de gouvernance imposées par les bailleurs de fonds (Safar Zitoun, 2014). Cependant, cette gouvernance pensée comme source d'efficacité des politiques publiques ne produit pas les résultats escomptés dans la gestion de l'environnement urbain à Cotonou, comme le prouve la persistance de l'insalubrité. Dans le domaine des déchets, par exemple, malgré la mise en

⁴³² Propos du chef de service Contrôle qualité..., déjà cités, *La Presse du Jour* du mardi 30 juillet 2013.

⁴³³ Arrêté interministériel n°00331/MEPN/MUHRFLEC/MDGLAAT/MEF/DC/SG/DGE/DPSNE/SA du 14 mai 2009.

⁴³⁴ Grogga-Broda Malika, « Bénin : immersion dans le ventre de Cotonou », publié le 10 janvier 2012, dans *Jeune Afrique*, <http://www.jeuneafrique.com/>, consulté le 17 octobre 2015.

⁴³⁵ Cellule de communication de la présidence de la République, « Descente à Gbogbanou : Boni Yayi répond à l'appel des usagers du marché », publié dans *La Presse du Jour* du 26 mai 2012.

œuvre du modèle de « gestion partagée », l'insalubrité persiste et s'amplifie notamment dans les quartiers défavorisés des berges de la lagune et du lac Nokoué, comme nous l'avons montré plus haut. Les facteurs de cette situation renvoient au modèle de gestion des déchets mis en place, car « *la plupart des difficultés rencontrées dans le domaine des déchets relèveraient du type de gouvernance, c'est-à-dire la manière de coordonner les acteurs et leurs activités* » (Toukara, 2015, p. 108). Ainsi, peut-on faire l'hypothèse que, d'une part, les faiblesses techniques et organisationnelles des acteurs privés intervenant dans la gestion des déchets et, d'autre part, l'interventionnisme étatique qui met à mal non seulement l'autonomie des collectivités locales mais aussi la participation citoyenne sont à l'origine d'une gestion déficiente des déchets. D'un autre côté, l'opération d'assainissement des berges lagunaires n'a pas non plus abouti. Car, même si une opération conduite *manu militari* a réussi à démolir des installations marchandes et des habitats des berges de Xwlacodji, de Dédokpo et d'Abokicodji, celles-ci sont déjà réinvesties par les populations déplacées⁴³⁶. Ainsi, pouvons-nous avancer une seconde hypothèse, selon laquelle la gouvernance urbaine, notamment dans le domaine de l'environnement, peut être source de conflits face aux enjeux socio-culturels et politiques divergents des acteurs en jeu.

9.2.1 Les faiblesses techniques et organisationnelles des acteurs privés de gestion des déchets

La nouvelle orientation dans la gestion des déchets ménagers à Cotonou a permis de restructurer le secteur, marqué entre 1990 et 2000 par un foisonnement de structures communautaires, et une absence de coordination, ayant pour conséquence l'accumulation des déchets dans les quartiers et sur les artères principales de la ville (Gbinlo, 2010, p. 77). La délégation du service de pré-collecte des déchets solides ménagers aux ONGs s'inscrit dans le cadre du principe de « gouvernance urbaine », favorisant la participation des populations citadines à leur propre développement, car ces ONGs sont supposées représenter la base de la société civile (Dorier-Apprill, Meynet, 2005). Cependant, les faiblesses techniques et organisationnelles des ONGs et la participation limitée des citoyens au financement de la pré-collecte notamment, constituent des limites de cette gouvernance.

Les ONGs sont des associations à but non lucratif, et non des entreprises privées. Elles sont recrutées sur la base d'une simple existence légale. Ne disposant pas de capacités financières qui leur permettraient d'investir dans l'acquisition de matériels et d'équipements, elles

⁴³⁶ « Xwlacodji : les déguerpis sont de retour », publié par la *Nouvelle Tribune* le 18 septembre 2012.

utilisent des charrettes à traction humaine pour la pré-collecte porte à porte. D'après le schéma de la pré-collecte des déchets auprès des ménages, décrit plus haut dans ce chapitre, les ONGs sont chargées d'acheminer les déchets pré-collectés dans les points de regroupement, où des bacs à ordures sont mis à leur disposition. Les charretiers doivent donc parcourir des distances importantes, ce qui nécessite un effort physique ; la presse⁴³⁷ locale relève du reste cette pénibilité du travail des charretiers dans la ville de Cotonou, de même que le directeur du développement communautaire et assainissement du milieu (DCAM) de l'ONG Bethesda⁴³⁸. Selon ce dernier, les charrettes à motricité humaine utilisées actuellement ne répondent plus aux normes en la matière et sont pénibles pour l'ouvrier⁴³⁹.

Les charrettes et les ânes sont, entre autres, des moyens de traction maniables et adaptés à la voirie étroite et fragile des villes d'Afrique subsaharienne, pour acheminer les déchets vers des dépôts intermédiaires aux lisières des quartiers, ils font partie des schémas émanant de la coopération occidentale (Dorier-Apprill, Meynet, 2005, p. 21). Cependant, ce schéma des organisations de coopération cadre mal avec la réalité du système de pré-collecte dans la ville de Cotonou. Les points de regroupements ne se situent pas aux lisières de tous les quartiers, encore moins de tous les secteurs de pré-collecte. Les charretiers sont donc obligés de parcourir d'importantes distances à pied pour s'y rendre. Selon le chef du service propreté urbaine de Cotonou⁴⁴⁰, 45 points de regroupement sont nécessaires au bon fonctionnement du système de gestion des déchets dans la ville. Or, le nombre total aménagé était seulement de 11 en 2011, et 12 en 2014, pour une ville qui compte 144 quartiers et 95 secteurs de pré-collecte. Cette difficulté a été également mise en exergue par le directeur des services techniques de la mairie de Cotonou. Dans un entretien⁴⁴¹ au journal télévisé à l'Office des Radios et Télévisions du Bénin (ORTB) du 1^{er} juin 2014, il a relevé l'insuffisance de la douzaine de points de regroupement dans la ville. Dans ces conditions, les charretiers déversent les déchets pré-collectés dans des bas-fonds, des espaces vides à l'intérieur des quartiers et sur les berges de la lagune de Cotonou et du lac Nokoué⁴⁴². Or, ces dépotoirs d'ordures, composés de matières en putréfaction, favorisent l'émergence du choléra, notamment dans les quartiers défavorisés de Cotonou, ainsi que nous l'avons pointé.

⁴³⁷ Amoulé Eustache F., « A Cotonou : Les pré-collecteurs d'ordures ménagères entre misère et survie », publié dans le Journal *Fraternité* du 24 juillet 2014, <http://www.fraternitebj.info>, consulté le 20 octobre 2015.

⁴³⁸ C'est une ONG chrétienne qui coordonne la COGEDA. Elle intervient activement dans la gestion des déchets à Cotonou.

⁴³⁹ Propos recueillis par *Fraternité* du 05 août 2011.

⁴⁴⁰ Propos recueillis et publiés par le Journal *Fraternité* du 26 janvier 2011 dans l'article « Un travail en chaîne pour une ville saine: Gestion des ordures ménagères à Cotonou ».

⁴⁴¹ www.youtube.com/watch?v=0I-JvxZOj5k.

⁴⁴² Observation de terrain, juin à août 2012, 2013 et 2014.

L'inadaptation des charrettes aux contraintes de la pré-collecte des déchets ménagers amène la COGEDA et la mairie de Cotonou à opter pour la mécanisation de cette activité. La municipalité de Cotonou préconise la motorisation du système avec l'utilisation des tricycles, qui permettent d'aller plus vite et de faciliter le transport aux pré-collecteurs⁴⁴³. Toutefois, la question est de savoir si les structures de pré-collecte disposent de moyens financiers pour l'acquisition de ces équipements, ou bien s'il existe des financements pour les subventionner. Le prix⁴⁴⁴ d'un tricycle motorisé est de 800 000 Francs CFA⁴⁴⁵, à peu près trois fois plus cher que celui d'une charrette, qui est en moyenne de 275 000 Francs CFA⁴⁴⁶.

À cela s'ajoute la précarité dans le traitement salarial du personnel, notamment les ouvriers. Le secteur est pourvoyeur d'emploi pour des jeunes non ou peu scolarisés dans la ville de Cotonou. En 2003 déjà, soit trois ans après la mise en place de la nouvelle orientation, les ONGs de pré-collecte avaient créé quelque 686 emplois dont 421 charretiers (Blalogoe, 2003-2004). Les charretiers de la ville de Cotonou étaient estimés à 500 en 2008 (ODD Cotonou, 2008). Toutefois, leur traitement salarial n'est pas à la hauteur des tâches qu'ils accomplissent chaque jour. Ils gagnent en moyenne 40 000 Francs CFA⁴⁴⁷, pour un éboueur à temps plein⁴⁴⁸ par mois. Sans sécurité sociale, leur salaire ne leur permet pas de se soigner en cas d'accident du travail. *« Nous étions venus ici [dans un bas-fond] un jour pour déverser des ordures. Vivien, mon ex-coéquipier, qui devait sortir les déchets de la charrette avec le râteau est monté sur le tas d'ordures. Mais il s'est fait déchirer le pied avec une masse de métal tranchant [alors qu'il] était en basket. Il n'a pas pu se soigner à l'hôpital parce qu'il n'avait pas d'argent »*⁴⁴⁹, raconte un charretier. La précarité salariale des charretiers n'est pas spécifique à la ville de Cotonou. Elle est également observée chez des manœuvres d'ONG à Porto Novo, la capitale du Bénin, qui gagnent un salaire forfaitaire de 15 000 Fcfa⁴⁵⁰ (Dorrier-Apprill, Meynet, 2005, p. 27).

⁴⁴³ DST, entretien télévisé du 1^{er} juin 2014.

⁴⁴⁴ De Souza Babylas « La pré-collecte des ordures ménagères, un créneau porteur », publié par le 22 mars 2013 sur : <http://babylas25.mondoblog.org/2013/03/22/la-pre-collecte-des-ordures-menageres-un-creneau-porteur>, consulté le 11 septembre 2015.

⁴⁴⁵ 1200 euros.

⁴⁴⁶ 420 euros.

⁴⁴⁷ 61 euros.

⁴⁴⁸ De Souza Babylas « La pré-collecte des ordures ménagères, un créneau porteur », publié par le 22 mars 2013 sur <http://babylas25.mondoblog.org/2013/03/22/la-pre-collecte-des-ordures-menageres-un-creneau-porteur>.

⁴⁴⁹ Propos recueillis par Eustache F., et publié dans son article « A Cotonou : Les pré collecteurs d'ordures ménagères entre misère et survie », dans le journal *Fraternité* du 24 juillet 2014, <http://www.fraternitebj.info>, consulté le 10 décembre 2014.

⁴⁵⁰ 23 euros environ.

Cette situation de précarité sociale des charretiers fait écho à ce que Jérôme Ballet *et al.* (2011) appellent « l'omission de la soutenabilité sociale » dans le développement durable. Pour les auteurs, la dimension sociale est occultée face à l'importance accordée à la protection de l'environnement et de certaines ressources naturelles au détriment du bien-être humain. Ce constat correspond à Cotonou au peu d'attention portée aux conditions de vie et de santé des charretiers⁴⁵¹, alors que les préoccupations pour la propreté de la ville sont grandissantes, auprès des pouvoirs publics notamment.

On voit ainsi émerger des difficultés inattendues dans la conception du modèle de gouvernance des déchets pour la ville de Cotonou. Car les conditions d'exercice des ONG, telles que conçues par le modèle des bailleurs de fonds, sont loin d'être remplies. La pertinence de leur rôle dans la gestion partagée des déchets, notamment l'utilisation des moyens de traction manuelle dans la phase de pré-collecte, reposait sur l'hypothétique disponibilité des points de dépôt intermédiaires dans chaque quartier, afin de réduire les distances à parcourir à pied. Or, on l'a vu, ces points sont loin d'être aussi nombreux.

9.2.2 La faible acceptation sociale de la « participation citoyenne » à la gestion des déchets à Cotonou

La participation citoyenne est un pilier fondamental de la gouvernance urbaine, telle que conçue par les bailleurs de fonds, la Banque mondiale notamment, pour les pays africains (Jaglin, 1995 ; Dorier-Apprill, 2005). Elle renvoie au fait de participer à une action, à son financement et aussi à la prise de décision. Basée sur la concertation des citoyens, la participation peut exister sous deux formes : spontanée ou initiée par les pouvoirs publics (Gazzola *et al.*, 2014). Elle est spontanée lorsqu'elle naît de l'initiative des citoyens regroupés en associations et organisés, et est alors basée, le plus souvent, sur l'opposition davantage que sur la proposition. Maurice Blanc (2009, p. 247) parle de « participation revendiquée », émanant d'habitants en conflits avec les autorités publiques, celle-ci renvoyant à l'approche *bottom up*. Cette forme s'oppose à la participation « octroyée » (*idem.*) par les autorités à des associations, des conseils de quartiers, etc., selon l'approche *top down*.

Dans la ville de Cotonou, la gestion des déchets, au travers du PGDSM, est caractérisée par une absence de concertation entre les acteurs institutionnels et les habitants. Cela a pour

⁴⁵¹ « A Cotonou : Les pré collecteurs d'ordures ménagères entre misère et survie », publié dans *Fraternité* du 24 juillet 2014, <http://www.fraternitebj.info>, consulté le 10 décembre 2014.

conséquence la remise en cause par les ménages du schéma et des réglementations établies par les acteurs institutionnels.

Selon le schéma élaboré par le PGDSM, la participation des populations à la gestion des déchets recouvre un double aspect financier et citoyen. En plus de l'implication des populations locales dans la définition des problèmes de développement et des solutions à y apporter, la participation consisterait également en une contribution au financement des services urbains. Or, les acteurs institutionnels, la mairie de Cotonou notamment, occultent la dimension, *a priori* centrale, de l'implication des habitants et leur concertation, en réduisant la gestion participative des déchets au simple paiement du service dans un souci de rentabilité économique. Cette dernière peut s'entendre comme la capacité des services urbains à générer des ressources financières suffisantes pour assurer leur pérennité et améliorer leur qualité. Elle induit donc le paiement direct de ces services par les bénéficiaires que sont les populations. L'amélioration de la capacité contributive des populations constitue d'ailleurs l'une des priorités de la deuxième mandature de l'équipe municipale de Cotonou installée en 2008. Elle est clairement formulée et constitue la troisième orientation⁴⁵² stratégique du Plan de Développement Communal de Cotonou (PDC).

La participation financière des ménages à la gestion des déchets repose sur le principe « pollueur-payeur ». Les ménages doivent donc payer directement la pré-collecte de leurs déchets. Et, pour ce faire, ils doivent souscrire un abonnement auprès des ONGs prestataires. Ce schéma des bailleurs de fonds est basé sur une « *hypothétique demande des ménages et leur consentement à payer pour l'évacuation de leurs ordures ménagères* » (Dorrier-Apprill, Meynet, 2005, p. 21), et il est désormais diffusé. On retrouve ce mode de financement de la gestion des déchets solides ménagers dans d'autres villes d'Afrique de l'Ouest. C'est le cas de Ouagadougou, où la redevance à payer par les citoyens devrait couvrir « *les frais de renouvellement du matériel de travail des concessionnaires de zone de collecte ainsi que leur bénéfice, le coût de transport des déchets au Centre de Traitement et de Valorisation des Déchets (CTVD) et celui de leur enfouissement, ainsi que les royalties à payer à la mairie pour les services municipaux d'organisation de la filière* » (Sory, Tallet, 2012, p. 84).

À Cotonou, la participation financière des populations est censée correspondre uniquement aux dépenses liées à la pré-collecte domiciliaire, et donc financer essentiellement les ONGs.

⁴⁵² Orientation N°3 : l'amélioration de la capacité contributive des communautés au financement des actions de développement afin de soutenir les actions des partenaires, projets/programmes, ONG en vue de pérenniser les acquis (PDC Cotonou, 2008, p. 128).

Les phases de transport et d'enfouissement sont prises en charge par le financement municipal. Les populations doivent souscrire un abonnement auprès des structures non gouvernementales (SNG). Cet abonnement se fait par parcelle, celle-ci pouvant regrouper plusieurs ménages. Mais le paiement se fait par ménage. Le tarif varie en fonction du niveau de vie des populations dans chaque arrondissement. Il est compris entre 1500 et 4500 Fcfa par poubelle de 100 litres (0,1 m³), pour une fréquence de trois enlèvements par semaine. « *Il faut payer à peu près 1500F en fonction du volume, des fois 2000 et ils [les prestataires] viennent 3 fois par semaine* »⁴⁵³. Lorsque le volume de déchets est supérieur à 100 litres, et la fréquence d'enlèvement dépasse les trois fois par semaine, les abonnés doivent payer des frais supplémentaires (Blalogoé, 2003-2004). Autrement dit, chaque ménage paie une redevance relative au volume de déchets produit.

Cette gestion dite « participative » des déchets ménagers fait écho à la « participation communautaire » dans le domaine de la santé au Bénin. Les frais de consultation, de soins et d'hospitalisation sont directement payés par les patients. À titre d'exemple, le financement communautaire dans la zone sanitaire Cotonou I/IV en 2011 était de 94 864 903 Fcfa, soit 2,25 fois l'apport du budget national (42 044 000 Fcfa)⁴⁵⁴. Même dans la zone sanitaire Cotonou II/III, le financement communautaire en 2012, équivalant à la somme de 673 305 306 Fcfa, représente plus de 8 fois l'apport de l'État⁴⁵⁵.

Le mode de participation financière des citoyens à la gestion des déchets à Cotonou est différent de ce qui est pratiqué dans d'autres pays africains comme le Gabon et l'Égypte, ce qui traduit les enjeux de territorialisation d'un modèle gestionnaire de durabilité pensé de façon trop unique par les institutions internationales. En Égypte, le recouvrement des coûts de collecte des déchets s'opère sous forme de taxe prélevée directement sur les factures d'électricité, et pondérée selon le revenu des habitants (Debout, 2014). En revanche, au Gabon, malgré l'incitation de la Banque mondiale à la délégation du secteur des déchets aux acteurs privés et le transfert des coûts vers les populations en 2002, les autorités centrales ont continué à payer la totalité des redevances aux entreprises dans le but de les maintenir sous leur contrôle (Mboumba, 2011).

Le schéma d'un abonnement et d'un paiement direct des populations auprès des structures de pré-collecte n'a pas trouvé un écho très favorable dans la ville de Cotonou. L'abonnement des

⁴⁵³ Propos du chef du quartier Kpankpan, entretien du 30 juillet 2013.

⁴⁵⁴ Annuaire des statistiques sanitaires de la zone Cotonou I/IV, 2011.

⁴⁵⁵ Annuaire zone sanitaire Cotonou II/III, 2012, p. 28.

ménages auprès des structures de pré-collecte reste très limité. Les chiffres avancés varient selon les sources. La mairie de Cotonou, faisant référence au rapport du Projet de Gestion des Déchets solides Ménagers (PGDSM), avance un nombre d'abonnés de 26 075 ménages en 2004 (Mairie de Cotonou, 2011). Le Centre régional pour l'eau potable et l'assainissement (CREPA, 2011) mentionne 22 000 ménages desservis chaque jour à Cotonou en 2011. On peut déjà observer une baisse du nombre d'abonnés entre 2004 et 2011, de près de 4000. Selon Oxfam Québec (Fiche GDSM, 2007), 38 000 foyers se sont abonnés en 2006. On constate que l'ONG canadienne introduit une nouvelle notion, celle de « foyer », qui renvoie à « ménage », car elle estime que les 38 000 foyers correspondent à 86% des ménages en mesure de s'abonner à Cotonou. Ce qui suppose que seulement 44 186 ménages sur 154 346⁴⁵⁶ sont en mesure de prendre un abonnement pour la pré-collecte de leurs déchets. Mais que peut signifier « *en mesure de s'abonner* », quand on sait que la tarification a été conçue par zone, en fonction du niveau de vie des populations, selon la fiche du projet de gestion des déchets conçue par Oxfam Québec ? Les 38 000 ménages abonnés en 2006 représentent 24,62% du nombre total de ménages, estimés à 154 346⁴⁵⁷ en 2002. Le maire de Cotonou conclut à un « *manque de spontanéité des foyers à s'abonner* »⁴⁵⁸ auprès des structures de pré-collecte.

De plus, la fiabilité de ces chiffres n'est pas évidente eu égard à leur variation. D'après les trois sources évoquées, le nombre de ménages abonnés à la pré-collecte des déchets à Cotonou serait passé de 26 075 en 2004 à 38 000 en 2006, pour chuter à 22 000 en 2011. Plus étonnant encore est le fait que les chiffres officiels sont présentés en termes de ménages abonnés, alors que le schéma prévoit l'abonnement par parcelle ou concession. Puisqu'il peut exister plusieurs ménages par parcelle, la déclinaison des nombres d'abonnés en termes de ménages permet de les afficher de façon plus favorable. Car l'état de l'abonnement par parcelle, qu'on appelle encore localement concession ou maison, peut révéler un visage plus contrarié. À défaut de disposer des chiffres du nombre de parcelles abonnées dans la ville de Cotonou, l'état d'abonnement présenté par le vice-président de l'ONG AFH⁴⁵⁹ dans son secteur de pré-collecte reflète une part de la réalité que cherchent à voiler les chiffres officiels. Cette structure couvre 827 maisons sur la zone de Houèyiho II, dans la partie est de Cotonou.

⁴⁵⁶ Le nombre total de ménages est estimé à Cotonou à 154 346 en 2002.

⁴⁵⁷ INSAE, Recensement Général de la population et de l'Habitat (RGPH 3), 2002.

⁴⁵⁸ Propos du président-maire de Cotonou, dans un entretien du 16 Juin 2011, <http://www.mairiedecotonou.com>. Le président-maire a dirigé la municipalité de Cotonou pendant deux mandatures, de 2003 à 2015. Il a été remplacé par son fils Léhady Soglo, à l'issue des élections municipales, communales et locales de juin 2015.

⁴⁵⁹ Association des Frères de l'Humanité, une SNG qui intervient dans la pré-collecte des déchets à Cotonou.

Des 827 maisons, seulement 178 ont souscrit l'abonnement à la pré-collecte, soit 21,52% du total⁴⁶⁰. Les populations non abonnés déversent les déchets dans l'espace public, faisant émerger dans l'ensemble de la ville des dépotoirs. Ceux-ci contiennent des matières en putréfaction, et constituent des lieux de défécation des enfants et parfois des adultes, comme nous l'avons relevé dans le chapitre 6. Ils sont, de ce point de vue, porteurs de nuisances sanitaires, comme le choléra.

Outre les faibles taux d'abonnement à leur service, les structures de pré-collecte sont également confrontées à des difficultés de recouvrement des coûts auprès de ménages déjà abonnés. D'après l'ONG AFH, sur les 178 maisons couvertes, beaucoup ne paient pas leur redevance régulièrement⁴⁶¹.

Les circonstances de la faible acceptation sociale de l'innovation en matière de gestion des déchets à Cotonou contrastent avec des exemples de protestation relevés dans d'autres pays. À Cotonou, le refus social repose, entre autres, sur le facteur financier, une bonne partie de la population n'étant pas disposée à payer pour évacuer ses déchets. « ... *Là où il y a 5 locataires [ménages] déjà, s'ils paient 300 Francs CFA chacun, ils ont déjà payé pour l'ONG, mais les gens ne veulent pas* »⁴⁶². Il s'agit d'une forme de refus de l'innovation socio-technique ne reposant pas sur une contestation publique, comme c'est le cas en France, par exemple, face à l'installation de certains équipements comme les incinérateurs (Hajek, 2013) ; le refus social des incinérateurs repose sur leur interprétation comme producteurs de nuisances sanitaires et environnementales (Rocher, 2008).

Le refus social du modèle de gestion des déchets urbains par les citoyens peut être favorisé par l'inexistence de cadres d'information et de concertation sur le sujet, comme il en existe dans d'autres pays. Ainsi, on observe en France depuis les années 1990 des « *évolutions en termes d'information de la population et de concertation locale* » (Hajek, 2012) au sujet des déchets. Ces évolutions se matérialisent par la création des Commissions Locales d'Information et de Surveillance (CLIS) qui regroupent les différents groupes d'acteurs concernés par la problématique, afin d'établir un climat de confiance entre les exploitants des infrastructures de gestion des déchets et les habitants (Toukara, 2015). À Cotonou, les habitants ont été impliqués « de force » dans le modèle de gestion des déchets sans concertation préalable. Il revient à chaque ONG attributaire d'un secteur de pré-collecte de mobiliser les habitants à

⁴⁶⁰ Propos de Rosaire Kassa, vice-président de l'ONG AFH, recueillis par de Souza Babylas, et publié dans son article « La pré-collecte des ordures ménagères, un créneau porteur », le 22 mars 2013 sur <http://babylas25.mondoblog.org/2013/03/22/la-pre-collecte-des-ordures-menageres-un-creneau-porteur>, consulté le 11 septembre 2015.

⁴⁶¹ *Idem*.

⁴⁶² Propos du chef du quartier Kpankpan, entretien du 30 juillet 2013.

souscrire à un abonnement. « *C'est avant l'arrivée au pouvoir du président Yayi Boni [2006] que l'Organisation Ville Propre (OVP) intervient dans notre quartier. C'est l'ONG elle-même qui passe de maison en maison, de porte à porte pour sensibiliser les habitants à souscrire un abonnement pour l'enlèvement des déchets. Lorsque vous vous décidez à vous abonner, vous vous rendez à son siège pour payer, et son personnel passe pour mettre une plaque à votre portail pour vous identifier* »⁴⁶³. Il s'agit là manifestement d'un appel à souscription vulgarisé par une simple information. Or, la participation n'est pas une simple transmission de l'information au citoyen sur un projet ; elle suppose que le citoyen ne soit pas un acteur passif, et soit consulté pour des décisions, ou qu'il formule lui-même ses propres positions (Gazzola *et al.*, 2014). Dans le cas de Cotonou, les trois degrés de participation citoyenne proposés par Arnstein Sherry (1969) n'ont pas été suivis. Il s'agit d'abord de la consultation, qui consiste à fournir des informations aux citoyens sur un projet avant de l'arrêter. Dans ce cas de figure, les suggestions des habitants sont prises en compte. Ensuite, il y a la concertation, qui implique des négociations entre pouvoirs publics et habitants pour améliorer un projet. Enfin, la codécision suppose l'adhésion des parties au projet, et, dans le cas contraire, celui-ci peut être retiré.

Comme le montre Sidy Tounkara (2015) dans le cas du Sénégal, les citoyens adoptent très peu les innovations socio-techniques du fait de leur faible implication dans les décisions qui les concernent. C'est l'exemple des poubelles que l'Agence pour la propreté du Sénégal (APROSEN) a mis à la disposition des ménages de Dakar sans les concerter, et qui sont utilisées à d'autres fins que celle de la collecte des déchets : comme les poubelles sont neuves, elles sont plutôt utilisées pour le rangement des linges, et les ménages recourent à des récipients usagés pour stocker les déchets.

L'absence de concertation avec les habitants peut aussi expliquer la faiblesse de la participation citoyenne, se traduisant par un système de contrôle inopérant des structures de pré-collecte, alors même qu'un cadre d'implication des habitants est conçu par les acteurs institutionnels. En effet, le projet GDSM a prévu, entre autres outils de contrôle⁴⁶⁴ de la filière de gestion des déchets, la « ligne verte »⁴⁶⁵ et les tableaux de bord des comités d'arrondissement. Toutefois, ces deux modalités rencontrent des difficultés de

⁴⁶³ Propos d'un habitant du quartier Kpankpan, entretien avril 2014.

⁴⁶⁴ Cinq outils de contrôle de toute la filière sont prévus. Il s'agit de la ligne verte, des rapports d'activités, des tableaux de bord /comité d'arrondissement, les relevés de bonne exécution de la pré-collecte et de l'implication des polices environnementale et sanitaire.

⁴⁶⁵ Ligne téléphonique destinée aux usagers des services des ONGs de pré-collecte pour signaler des défaillances constatées auprès des autorités municipales.

fonctionnement. La ligne verte est réservée aux ménages et autres bénéficiaires des prestations des ONGs de pré-collecte, et sert à recueillir leurs éventuelles plaintes par rapport à la qualité de la prestation. Mais, dans les faits, les usagers n'y font pas recours, compte tenu de son caractère payant (Blalogoe, 2003-2004, p. 44). Par ailleurs, le comité d'arrondissement composé, entre autres, du chef d'arrondissement, d'un responsable de la direction des services techniques de la mairie, d'un responsable d'ONG de pré-collecte au niveau de l'arrondissement, du responsable de l'entreprise privée chargée de la collecte, du responsable de la police environnementale au niveau de l'arrondissement, du responsable de la police sanitaire au niveau de l'arrondissement et enfin d'un responsable des associations de développement au niveau de cet arrondissement, n'est pas engageant ni fonctionnel. Le comité élabore le tableau de bord au niveau de chaque arrondissement. Formellement, il s'agit d'assurer le suivi et le contrôle de la pré-collecte et de la collecte et d'identifier les problèmes liés à la qualité de la prestation, au taux de croissance de l'abonnement, à la gestion des points de regroupement et à la présence de pré-collecteurs illégaux. Il est prévu que le comité d'arrondissement se réunisse une fois par semaine. En réalité, le comité ne respecte pas la périodicité des réunions, et tous les membres ne sont pas présents aux rares rencontres organisées (Blalogoe, 2003-2004, p. 44). Ceux-ci n'ont pas de cahier des charges, et ne connaissent aucune obligation à être présents aux réunions. Les chefs d'arrondissement ne trouvent, eux non plus, aucun intérêt à être présents. Dans ces conditions, les ONGs de pré-collecte ne sont pas contrôlées dans leurs activités. On comprend aisément que ce schéma de participation citoyenne correspond à une dimension procédurale (Hamman, 2014) liée au schéma de gouvernance des déchets proposé dans le PGDSM par la Banque mondiale et Oxfam Québec, plutôt qu'une volonté d'implication réelle des habitants au projet urbain. Dans cette perspective, la participation citoyenne est surtout mise en avant par les acteurs institutionnels pour légitimer leur action.

9.2.3 Le centralisme étatique au risque de l'autonomie financière des collectivités locales

S'inscrivant dans la logique des discours sur la « bonne gouvernance », faisant de la démocratie une condition de l'aide au développement (Mboumba, 2013), le processus de décentralisation au Bénin a été matérialisé par l'organisation des premières élections municipales, communales et locales de décembre 2002 et janvier 2003. Dans ce cadre, et d'après la loi n° 97-028 du 15 janvier 1999, la gestion des communes, ainsi que la collecte et le traitement des déchets solides autres que les déchets industriels, ne relèvent plus de l'État

central, mais des collectivités territoriales. Cependant, si la décentralisation confère à la municipalité de Cotonou une nouvelle autorité, notamment en matière de gestion des déchets, cette dernière reste confrontée à un manque d'autonomie financière, qui a des répercussions sur la salubrité publique.

La mise en place des modèles de gouvernance urbaine des déchets a conduit au devant de la scène les collectivités locales, auparavant contraintes par le biais d'agences nationales, comme c'est le cas en Egypte (Debout, 2014). Le rôle de contrôle des prestataires privés par les gouvernorats, après leur mise à l'écart dans l'élaboration des appels d'offre et la sélection des acteurs délégataires de la gestion des déchets, a conféré un pouvoir aux autorités locales égyptiennes, qui sont devenues des interlocuteurs incontournables des prestataires. Cette montée en puissance des autorités locales, grâce au secteur des déchets, a été également observée au Gabon. En référence à la loi de décentralisation de 1996 qui consacre le transfert, entre autres, de l'organisation du secteur des déchets à la commune, le maire de Libreville s'est doté du pouvoir de contrôle des prestataires (Mboumba, 2011).

Dans la ville de Cotonou, le pouvoir de l'autorité municipale ne se limite pas au contrôle des prestataires. C'est la municipalité qui organise l'ensemble du secteur. Elle est chargée de recruter les délégataires, qu'il s'agisse des ONGs de pré-collecte ou des entreprises chargées du transport des déchets vers les lieux d'enfouissement, et assure, en partenariat avec l'AGETUR, la gestion des LES. « *Si une ONG n'est pas autorisée par la mairie de Cotonou, elle ne peut pas exercer* »⁴⁶⁶.

Cependant, cette autorité acquise par la municipalité ne s'est pas accompagnée d'une autonomie financière comme cela a été proclamé dans la loi sur la décentralisation. Ainsi, la municipalité est-elle confrontée à des difficultés budgétaires, dont la conséquence immédiate est la collecte partielle des déchets urbains. En effet, selon le schéma de gestion des déchets solides ménagers à Cotonou, le financement de la phase de collecte, de transport et d'enfouissement revient à la municipalité de Cotonou. Le financement « participatif » est essentiellement destiné à appuyer la phase de pré-collecte. Mais la municipalité de Cotonou peine à boucler le budget consacré annuellement aux deux dernières phases du schéma de gestion des déchets. Sur un budget de 3 000 000 000 Fcfa, la mairie n'a alloué en 2010 que 1 025 087 335 Fcfa, soit 35% du budget nécessaire (Gbinlo, 2010). Le chef du service de la

⁴⁶⁶ Selon le chef du service de la propreté urbaine à la mairie de Cotonou, dans un entretien accordé au journal *Fraternité* du 26 janvier 2011, dans l'article « Un travail en chaîne pour une ville saine : Gestion des ordures ménagères à Cotonou », consulté le 14 juillet 2015.

propreté urbaine à la mairie de Cotonou relève que les difficultés auxquelles le secteur de gestion des déchets est confronté sont essentiellement d'ordre financier : « *Aujourd'hui, pour gérer les ordures dans la ville de Cotonou, il nous faut une somme de 3 milliards 500 millions par an. Malheureusement, Cotonou ne dispose pas de ce montant... Nous n'atteignons pas le milliard pour la gestion des déchets. Ce qui est grave* »⁴⁶⁷. Ce déficit budgétaire a pour conséquence la collecte partielle des déchets.

Selon les autorités municipales, ce déficit s'explique par l'absence du financement de l'État dans le secteur des déchets ménagers, contrairement aux pratiques dans d'autres pays de la sous-région, comme le Sénégal, la Côte d'Ivoire, le Cameroun, le Burkina-Faso, etc. C'est le financement de l'État qui permet en effet aux villes de Dakar, d'Abidjan et de Libreville de disposer d'un budget plus conséquent pour la gestion des déchets solides ménagers. « *Par exemple, la ville de Dakar au Sénégal met 10 milliards dans la gestion des déchets. Abidjan en Côte d'Ivoire dépense 6 à 7 milliards. A Libreville au Gabon, qui compte à peine 250.000 habitants, on dépense 9 à 10 milliards dans la gestion des déchets* », confirme le chef de service de la propreté urbaine à la mairie de Cotonou. Aucune précision n'est donnée sur l'origine de ces chiffres, ni sur l'année budgétaire concernée : notre interlocuteur veut surtout pointer, comparativement, l'absence de financement public de la gestion des déchets *in situ*.

Au Bénin, l'État s'est subtilement désengagé du financement à long terme du budget des communes, même s'il a créé, comme on le verra plus loin, un fonds pour leur financement à partir de 2008. En effet, l'appui financier du pouvoir central aux communes qui rencontrent des difficultés à boucler leur budget, grâce à des subventions et des crédits spéciaux, ne peut se poursuivre au-delà de trois ans après la mise en place de leurs organes⁴⁶⁸. En outre, les autorités centrales n'ont pas prévu, à travers la loi, de contribuer au financement de la gestion des déchets. Ce secteur reste une compétence propre aux communes. En revanche, et à titre de comparaison, cette compétence n'a pas été entièrement transférée à la municipalité de Libreville au Gabon. La loi sur la décentralisation de 1996 a confié à cette municipalité le soin d'organiser et d'encadrer la collecte, le transport et le traitement des déchets, pendant que les prestataires étaient directement rémunérés par le ministère des Finances (Mboumba, 2013, p. 80). Même si la ville de Libreville a réussi à avoir le pouvoir de contrôle et les fonds publics destinés au financement du secteur à un moment donné, l'État gabonais a repris le

⁴⁶⁷ *Idem.*

⁴⁶⁸ Article 186 de la loi n° 97-029 du 15 janvier 1999 portant organisation des communes en République du Bénin.

contrôle total des leviers financiers à partir de 2001 ; et la rémunération des prestataires, sous le contrôle d'une entreprise qu'il a recrutée, est de nouveau assurée par les services centraux (*Idem.*, p. 81). Dans le même sens, l'État sénégalais n'a pas délégué le secteur des déchets aux collectivités locales malgré la décentralisation, et « *reste le maître du jeu des acteurs* » dans le secteur (Tounkara, 2015, p. 127). De fait, la gestion des déchets à Dakar a connu plusieurs modèles, de la privatisation à l'étatisation en passant par l'hybridité de la gestion privée et communautaire. De 1971 à 1984, la gestion des déchets a été confiée à la Société Africaine de Diffusion et de Promotion (SOADIP) qui s'occupait du nettoyage, de la collecte et de l'élimination des déchets solides de Dakar, Pikine et Rufisque, des cités HLM et de celles de la Société immobilière du Cap Vert (SICAP) et du Port Autonome de Dakar (PAD). La forte dette de la SOADIP l'a contrainte à cesser ses activités en 1984, et l'État sénégalais a repris le secteur en main avec la création de la Société Industrielle d'Aménagement du Sénégal (SIAS) en 1985. Cette dernière, en concession avec la Communauté Urbaine de Dakar dont elle assurait la collecte des déchets et le nettoyage des rues, a fait faillite elle aussi quatre années après sa création. Une gestion hybride, associant des entreprises privées, les mouvements associatifs, les ONGs, les GIE, a été mise en place dès 1992. Malgré quelques résultats probants, des défaillances notées, notamment en termes de difficulté de coordination de la multitude d'acteurs et l'insalubrité persistante, ont fait que l'État sénégalais a repris en main la gestion des déchets à Dakar, en la confiant successivement à la société suisse Alcyon SA, puis à AMA International. Après la rupture du contrat de cette dernière en 2006, l'Entente CADA-K-CAR a signé un contrat avec Veolia Environnement, pour le ramassage des déchets à Dakar Plateau, à Reubeuss et dans une partie de la Médina. Elle assure le suivi et le contrôle et paie l'entreprise. On retrouve également ce type de partenariat public-privé en Égypte, et notamment entre le gouvernorat du Caire et des entreprises privées étrangères intervenant dans la gestion des déchets. Les autorités locales du Caire exercent leur contrôle sur les entreprises par l'entremise des contrats qui les lient avec celles-ci (Debout, 2014). Si l'Entente CADA-K-CAR assure le contrôle de la multinationale, Veolia intervenant dans trois quartiers de Dakar, les entreprises privées qui opèrent dans le reste des quartiers de la ville, dans les communes et communautés rurales, ont signé un contrat avec l'État sénégalais, à travers le ministère chargé de l'Environnement et de la protection de la nature (Gueye *et al.*, 2012, pp.131-192, cité par Tounkara, 2015). Diverses structures étatiques ont été mises en place par le gouvernement central, les unes remplaçant les autres jusqu'à la dessaisie complète des collectivités locales. En mars 2012, le gouvernement sénégalais a fini par confier la gestion

des ordures ménagères au ministère de l'Aménagement du territoire et des collectivités locales.

Contrairement à la ville de Cotonou où les déchets sont gérés essentiellement par la municipalité, le secteur est caractérisé par une forte présence de l'État central au Gabon et au Sénégal, malgré les revendications des collectivités locales (Tounkara, 2015). L'importance du financement public à laquelle font référence les autorités de la ville de Cotonou peut être liée à ce que Mboumba (2013) appelle la « *difficile mutation du gouvernement urbain* » en faveur des collectivités territoriales, dans le contexte de la décentralisation au Gabon, donc la gestion directe du secteur par les autorités centrales.

Toutefois, depuis 2008, le gouvernement béninois a créé le Fonds d'appui au développement des communes (FADEC) par le décret 2008-276. Ce fonds vise à accroître les ressources des collectivités locales, afin de réduire les disparités de développement qui pourraient découler des inégalités de leurs moyens propres⁴⁶⁹. La répartition de ce fonds aux communes tient compte des paramètres liés au poids démographique, au nombre d'arrondissements, à la superficie, à l'indice de pauvreté et à l'effort de la collectivité locale elle-même. Le FADEC a deux composantes. Il est destiné, d'une part, au fonctionnement des communes et, d'autre part, à des investissements affectés ou non. Quand les fonds ne sont pas affectés, les communes peuvent en décider l'usage. De 2008 à 2015, le gouvernement béninois aurait transféré plus de 100 milliards de Fcfa⁴⁷⁰ aux communes. La municipalité de Cotonou aurait eu une dotation de plus de 9 milliards de Fcfa, soit plus d'1 milliard par année. Au titre de l'exercice budgétaire 2015, la municipalité devrait recevoir plus de 2 milliards de Fcfa, dont 1 milliard à l'investissement non affecté, duquel une partie pourrait financer l'assainissement de la ville⁴⁷¹.

Pour la municipalité de Cotonou, les transferts de fonds annuels en provenance des caisses de l'État, prennent en compte 1 milliard 300 millions Fcfa de taxe de voirie, une ressource locale « improprement » classée dans les fonds d'aide de l'État aux communes. En réalité, la municipalité recevrait du gouvernement, annuellement, 585 millions Fcfa pour la construction

⁴⁶⁹ Alassane Séidou, ministre de la Décentralisation, de la gouvernance locale, de l'administration et de l'aménagement du territoire (MDGAAT), *La Territoriale*, n° 0016 de septembre 2009, consulté le 15 juillet 2015.

⁴⁷⁰ Soit environ 152 449 017 euros.

⁴⁷¹ Selon Zacharie Gbodjeydo, secrétaire permanent de la Commission Nationale des Finances Locales (CONAFIL), au cours de l'émission télévisée « Tour de contrôle » du samedi 7 février 2015 à la télévision Golfe TV, propos retranscrits par Rastel Dan, publiés à *L'Événement Précis* du 11 février 2015, consulté le 15 juillet 2015.

d'infrastructures scolaires et 104 millions Fcfa de quote-part de TVA reversée⁴⁷². Il n'y a donc pas, de la part de l'État, de dotation de fonds destinés spécifiquement à la gestion des déchets solides ménagers. Aussi, pendant que l'État central met en avant son effort d'appui financier aux collectivités locales, la municipalité de Cotonou justifie l'état d'insalubrité de la ville par l'absence de financement public dans le secteur des déchets solides ménagers.

Il apparaît également que l'État central continue de tenir en main les sources de recettes fiscales de la ville de Cotonou. En effet, bien que proclamée par la loi, l'autonomie financière de cette municipalité, qui consisterait pour elle à collecter ses propres ressources et à engager librement ses dépenses, reste théorique selon les autorités de Cotonou. L'État central tente de garder non seulement le contrôle sur les sources de financement et le budget de la commune, mais également son monopole fiscal. Le budget de la ville de Cotonou est financé par trois principales sources. Il s'agit des impôts directs et restitutions sur impôts et taxes par l'État central, des produits des services du domaine et des ventes diverses. Ces trois sources représentent respectivement 67%, 14% et 19% du budget de la commune (PDC, 2008). Deux des trois sources de recettes municipales, les reversements et restitutions sur impôts en l'occurrence, sont en réalité des impôts perçus par l'État central à Cotonou et reversés à la municipalité. Autrement dit, 86% des ressources budgétaires de la mairie de Cotonou sont perçues par l'État central, avant d'être reversées. Dans ces conditions, la municipalité ne perçoit directement que 14% de ses recettes fiscales.

La monopolisation des recettes fiscales de la ville de Cotonou par l'État central se traduit par le non-transfert des services marchands à la municipalité. En effet, la loi n° 97-029 du 15 janvier 1999 portant organisation des communes en République du Bénin confère plusieurs compétences, traditionnellement détenues par l'État central, aux communes. Parmi celles-ci figurent la gestion des équipements marchands. « *La commune a la charge de la construction, de l'équipement, des réparations, de l'entretien et de la gestion des marchés et des abattoirs* »⁴⁷³. Cependant, seuls les 44 marchés secondaires de la ville sont directement gérés par la mairie. Les trois plus importants, Dantokpa, Gbogbanou et Ganhi sont encore aux mains de l'État central, qui continue de les gérer à travers la Société de gestion des marchés (SOGEMA) (PDC, 2008). C'est donc légalement que la municipalité de Cotonou réclame que l'État central lui transfère ses domaines de compétences, notamment le marché Dantokpa.

⁴⁷² Propos de Mouftaou Alidou, Directeur des Services Economiques et Financiers (DSEF) de la mairie de Cotonou, lors d'une conférence de presse du 12 septembre 2013.

⁴⁷³ Article 104 de la loi N° 97-029 du 15 janvier 1999 portant organisation des communes en République du Bénin.

Pour les autorités municipales, le contrôle des sources fiscales de la municipalité par l'État central, le marché Dantokpa en particulier, est à l'origine du déficit dans le financement de la collecte des déchets. De ce point de vue, l'État continue de détenir et d'exercer les compétences municipales nonobstant la mise en œuvre de la décentralisation. Malgré les injonctions à la gouvernance urbaine, dont la décentralisation constitue un des piliers, le gouvernement continue d'agir comme si « ... *les mairies étaient encore des sous-préfectures ou des circonscriptions urbaines* »⁴⁷⁴, c'est-à-dire des entités déconcentrées de l'État (les premières se situaient au niveau des communes péri-urbaines et les secondes au niveau des communes urbaines, jusqu'en 2003, année de la mise en œuvre de la décentralisation). Avant 2003, le budget de la circonscription urbaine de Cotonou était financé directement par le budget national, et les marchés de la ville gérés par la SOGEMA. Le maintien de la gestion du marché Dantokpa traduit donc la difficile mutation du gouvernement central des villes à une gestion décentralisée.

Si le gouvernement béninois maintient toujours le marché Dantokpa de Cotonou dans son giron, cela s'explique par les ressources financières qui y sont engrangées par la SOGEMA. Ce marché, construit sur un site de 18 ha, a un rôle international, car de nombreux commerçants proviennent du Nigéria, du Mali, du Burkina-Faso, du Niger, de la Côte-d'Ivoire, même d'Afrique Centrale, notamment du Cameroun (Amouzoun, 2009). En 2007, un recensement a estimé les commerçants du marché, sans prendre en compte les ambulants, à 26 000⁴⁷⁵. En 2010, les recettes de la SOGEMA étaient d'environ 800 millions de Fcfa⁴⁷⁶. Cette entreprise publique ne reverserait que 3% de son chiffre d'affaires annuel à la mairie de Cotonou (Amouzoun, 2009). La municipalité exige, quant à elle, de collecter directement ses ressources par la gestion directe du marché : « ... *Et pour ce qui nous concerne, le transfert des compétences du marché Dantokpa est vital pour la Ville de Cotonou. Voyez l'étendue des actions que nous devons mener en faveur du développement de cette grande ville. Il est quand même absurde de penser que l'équipe gouvernementale en place ne comprenne pas le bien-fondé d'une revendication légitime et légale. Il faut reconnaître qu'il y a une hypocrisie au sommet de l'État, où l'on feint de nous faire croire à chacune de nos rencontres que tout va*

⁴⁷⁴ Propos du maire Nicéphore Soglo, publiés par la cellule de communication de la mairie de Cotonou, dans *Matin Libre* du 23 mars 2015, sous le titre « Descente du Maire de Cotonou sur les berges lagunaires du 5^e arrondissement ce jour : Nicéphore SOGLO aux côtés des victimes », consulté le 15 juillet 2015.

⁴⁷⁵ Propos de Joseph Tamégnon, ancien directeur général de la SOGEMA, conseiller technique à l'économie du président de la République du Bénin, recueillis par Grogba-Bada Malika et publié dans l'article « Bénin : immersion dans le ventre de Cotonou » de *Jeune Afrique* du 12 janvier 2012, consulté le 15 juillet 2015.

⁴⁷⁶ 1,2 million d'euros, selon les propos de Joseph Tamégnon, *idem*.

s'arranger bientôt. Nous avons comme l'impression que l'équipe gouvernementale ne veut pas de cette décentralisation »⁴⁷⁷. Pour les autorités municipales, le maintien du marché Dantokpa de Cotonou sous le contrôle de l'État central constitue une source du déficit dans le financement de l'enlèvement des déchets ménagers.

Enfin, l'autonomie financière des collectivités locales serait mise à mal par la règle budgétaire de l'unité de caisse⁴⁷⁸ et le transfert à un rythme trop lent des ressources aux communes, en l'occurrence celle de Cotonou. Selon la direction financière de la mairie de Cotonou, ce principe a pour conséquence le prélèvement des fonds des communes domiciliés au Trésor public lorsque l'État central éprouve des difficultés budgétaires. Ainsi les ressources de la Ville ne lui sont-elles pas versées à temps, et elle se trouve en difficulté face au paiement de ses fournisseurs et prestataires, notamment ceux qui interviennent dans la salubrité : *« Quelle est cette autonomie financière où, en plus de ne pas transférer les ressources aux Communes comme le régime financier l'a indiqué, on ne permet pas aux organismes publics locaux de disposer de leurs ressources, de les utiliser dans le temps selon leur plan annuel de développement, selon les contingences qu'impose parfois subitement la vie ? La toute puissance publique centrale s'abrite derrière la règle de l'unité de caisse pour freiner les initiatives créatrices des élus locaux, cela dans l'ignorance totale de leurs mandants ou électeurs appelés à apprécier leur gestion en fin de mandat... »*⁴⁷⁹. Pour le maire de Cotonou, cette stratégie vise à asphyxier financièrement la mairie et réduire son efficacité.

Ce centralisme étatique résulterait du fait que la municipalité de Cotonou est administrée par un parti de l'opposition au gouvernement en place. En effet, en 2003, à l'issue des premières élections municipales, communales et locales, c'est l'opposition au régime dirigé par le président Mathieu Kérékou qui prend la tête de la mairie. Le premier maire de la capitale économique n'est autre qu'un ancien président de la République qui a, auparavant, perdu les élections présidentielles de 1996 alors qu'il était sortant, face à Mathieu Kérékou. Dans ces conditions, le timide transfert des compétences et surtout des ressources aux collectivités

⁴⁷⁷ Propos du maire de Cotonou, entretien du 16 juin 2011, publié sur <http://www.mairiedecotonou.com>, consulté le 15 juillet 2015.

⁴⁷⁸ Selon le Directeur des Services Economiques et Financiers (DSEF) de la mairie de Cotonou, *« la règle de l'unité de caisse [exige que] chaque comptable public ne doit avoir qu'une seule caisse dans laquelle sont réunis tous les fonds qu'il gère, quelle que soit la personne publique à laquelle ils appartiennent »*. Dans ces conditions, les ressources financières de toutes les collectivités territoriales sont domiciliées au Trésor public.

⁴⁷⁹ Propos de Mouftaou Alidou, Directeur des Services Economiques et Financiers (DSEF) de la mairie de Cotonou, lors d'une conférence de presse le 12 septembre 2013, <http://www.24haubenin.info>, consulté le 15 juillet 2015.

locales en général et à celle de Cotonou en particulier a été longtemps interprété comme une stratégie du régime pour discréditer politiquement⁴⁸⁰ le maire opposant et son équipe.

Cette représentation du rapport entre l'État central et la municipalité de Cotonou n'est pas dénuée de sens. Car le pouvoir a souvent tendance à discréditer, comme c'est le cas au Gabon, les leaders de l'opposition par l'instrumentalisation de la décentralisation. En effet, lorsque le leader de l'opposition et maire de Libreville Mba Abessole annonce sa candidature aux élections présidentielles au Gabon en 1997 face au président sortant Omar Bongo, le pouvoir central a gelé les crédits destinés à la gestion des déchets dans la capitale gabonaise, entraînant une cessation d'activités des prestataires privés et une montée de l'insalubrité (Mboumba, 2011). Bien que le Parti Renaissance du Bénin (RB) du maire de Cotonou ait fait partie de « l'Alliance Wologuède »⁴⁸¹ qui a porté le président Yayi Boni au pouvoir en 2006, la municipalité continue de revendiquer le transfert des compétences, et a fini par basculer une fois encore dans l'opposition. On s'aperçoit ainsi que la gestion des déchets constitue aussi un levier des rapports de force politique entre l'État central et les collectivités locales, surtout lorsque ces dernières dépendent financièrement du budget national dans la mise en œuvre de leurs compétences.

Quant au gouvernement du Bénin, il avance de son côté que le transfert des compétences aux collectivités locales doit se faire par « *blocs aménagés par domaine de compétences* »⁴⁸², c'est-à-dire un transfert progressif des compétences ayant pour but la continuité du service public, et reposant sur l'idée qu'un transfert immédiat des compétences peut avoir des effets sur la continuité et la qualité du service public, effets qui seraient liés à la faible capacité de gestion des collectivités locales⁴⁸³.

9.2.4 Divergence d'intérêts entre acteurs et gouvernance conflictuelle de l'environnement urbain à Cotonou

Si la gouvernance urbaine peut favoriser une synergie entre les acteurs privés, publics et la société civile pour la lutte contre la pauvreté, la protection de l'environnement et la promotion de la participation citoyenne, la mise en œuvre de projets urbains peut aussi être confrontée à une divergence de positions en fonction des enjeux susceptibles de remettre en cause la

⁴⁸⁰ Propos du maire de Cotonou (2003-2015) Nicéphore Dieudonné Soglo, lors de l'émission « Zone Franche » à la télévision Canal3 Bénin le 14 Juin 2015.

⁴⁸¹ Alliance formée par un certain nombre de partis politiques dont la RB, et qui a soutenu le candidat Yayi Boni, élu au second tour des élections présidentielles de 2006 au Bénin.

⁴⁸² Conseil des ministres du 03 novembre 2004.

⁴⁸³ Kinnivo F. « Le transfert des compétences et des ressources aux communes pour une décentralisation véritable », publié dans *L'Expression* du 25 avril 2013, consulté le 15 juillet 2015.

préservation de l'environnement. Cela s'observe dans le domaine de la gestion des déchets et du projet d'assainissement des berges de la lagune de Cotonou, où les enjeux politiques, économiques et socio-culturels sont sources de tension entre les différents acteurs.

9.2.4.1 Transposition des rivalités politiques entre l'État central et la municipalité de Cotonou dans le champ de la salubrité urbaine

Les rivalités entre l'État central et la municipalité de Cotonou sur la question du transfert des compétences aux collectivités locales, exacerbées dans le cadre de la mise en œuvre de l'opération d'« assainissement » des berges lagunaires de Cotonou en 2012 dans un contexte pré-électoral, se sont traduites, d'une part, par l'instrumentalisation de la salubrité urbaine aux fins de revendication politique et, d'autre part, par la contestation publique, de la part de l'autorité municipale, de la démolition des habitations et autres installations dans le quartier Xwlacodji en particulier, opérée par le MEHU, contribuant ainsi à construire la figure du sinistré incarnée par les habitants déplacés.

En effet, les discours des autorités municipales tendent à attribuer au marché Dantokpa l'insalubrité de l'ensemble de la ville de Cotonou. Pour le maire, Dantokpa fait partie des trois grands producteurs de déchets de la ville, avec une production journalière de plus de 266 tonnes. Cela correspond à peu près au tiers de l'ensemble des 800 tonnes de déchets produits dans la ville au quotidien⁴⁸⁴. D'après ce chiffre, la production journalière de déchets au marché Dantokpa de Cotonou a plus que doublé en sept ans. En 2008, le marché produisait 100 tonnes de déchets (PDC Cotonou, 2008, p. 35). Ce chiffre a été également évoqué par Gervais Loko⁴⁸⁵ en 2010, alors que l'ensemble des déchets produits dans la ville était de 708 tonnes⁴⁸⁶ environ. En 2015, la mairie estime la production de déchets à Cotonou à 800 tonnes par jour, dont le tiers proviendrait du marché Dantokpa, soit plus de 266 tonnes. En d'autres termes, la production de Dantokpa s'est accrue de 166 tonnes en sept ans, alors que celle de l'ensemble de la ville n'a augmenté que de 92 tonnes.

Pour les autorités municipales, l'insalubrité de la ville de Cotonou est liée à la production de déchets dans le marché Dantokpa : « *C'est l'État qui gère le marché mais laisse à la ville les*

⁴⁸⁴ Ancien maire de Cotonou Nicéphore Dieudonné Soglo, lors d'un entretien télévisé du 14 Juin 2015 sur l'émission « Zone Franche » de la télévision Canal3 Bénin. L'entretien a été retranscrit par Léonce Gamaï, et publié dans *La Nouvelle Tribune* du 15 juin 2015, consulté le 18 octobre 2015.

⁴⁸⁵ Loko Gervais, « Assainissement : le Bénin n'atteindra pas les OMD en 2015 », publié sur <http://www.podcastjournal.net>, le 10 avril 2010, consulté le 18 octobre 2015.

⁴⁸⁶ Chiffre confirmé par le chef du service Propreté Urbaine de la Mairie de Cotonou, dans un entretien publié dans l'article intitulé « Un travail en chaîne pour une ville saine: Gestion des ordures ménagères à Cotonou », dans *Fraternité* du 26 janvier 2011, consulté le 18 octobre 2015.

déchets que ce marché génère. Et, comme par hasard, ces déchets sont éparpillés sur les trottoirs de la ville pour faire une sorte de publicité aux autorités municipales »⁴⁸⁷. Manifestement, le marché sert de bouc-émissaire à la municipalité de Cotonou⁴⁸⁸.

Or, l'insalubrité observée au niveau du marché Dantokpa relèverait des compétences de la mairie, d'après la SOGEMA. Les déchets jonchent des espaces tels que « *en dessous de la passerelle, sur le terre-plein central situé en face du centre commercial "Hadj Ali" et celui de la pharmacie "Les quatre thérapies"... dans tout le voisinage et même à l'intérieur du marché Dantokpa* »⁴⁸⁹. D'après les propos du chef du service Assainissement et hygiène (C/SAH) de la SOGEMA, « *l'assainissement des endroits mentionnés ne relève pas de la responsabilité de la SOGEMA, mais plutôt de la mairie de Cotonou* »⁴⁹⁰ : les artères, les chaussées, les rues seraient donc sous la responsabilité de la mairie.

La SOGEMA assure la salubrité des espaces qui sont à sa charge⁴⁹¹. Elle a recruté un groupe de femmes dénommé « Gbobètò », qui assure le nettoyage des stands et la pré-collecte des déchets auprès des marchands. La présence de ces femmes au marché Dantokpa fait écho au rôle majeur des chiffonniers dans le secteur des déchets au Caire (Debout, 2012). Ceci montre par ailleurs que les modèles élaborés par les bailleurs ne peuvent se passer des collecteurs traditionnels.

La société dispose d'engins spécialisés, avec lesquels elle enlève les déchets à l'intérieur du marché entre 6h et 8h, et les convoie au point de regroupement de la mairie. Dans ces conditions, s'il y a encore des déchets, cela peut provenir également des habitations avoisinant le marché. Or, ces dernières relèvent de la municipalité. Un argument que rejette la Direction des services techniques de la mairie (DST), en concédant tout de même que des débordements sont observables au niveau du point de regroupement du marché Dantokpa.

⁴⁸⁷ Propos de l'ancien maire de Cotonou Nicéphore Dieudonné Soglo, publiés par Loko Gervais, dans son article « Assainissement : le Bénin n'atteindra pas les OMD en 2015 », du 10 avril 2010 sur <http://www.podcastjournal.net>, consulté le 19 octobre 2015.

⁴⁸⁸ « Gestion des ordures à Cotonou : Dantokpa, le bouc-émissaire des Soglo », publié le 15 juillet 2014 sur www.beninactu.com. Le Nom Soglo contenu dans le titre de cet article renvoie au patronyme du maire et son fils premier-adjoint.

⁴⁸⁹ « Gestion des déchets solides ménagers au marché Dantokpa : la mairie de Cotonou et la SOGEMA se rejettent la responsabilité », publié le 27 mars 2014 par *La Nation*, consulté le 15 mai 2015.

⁴⁹⁰ *Idem*.

⁴⁹¹ *Idem*.

Pour la mairie, les dépenses affectées à la collecte des déchets au marché Dantokpa, de 43 millions Fcfa par mois, ne sont pas soutenables pour le budget de la municipalité⁴⁹². Selon le DST, la mairie entend d'ailleurs se désengager de la collecte des déchets dans le marché et même à proximité de celui-ci, tant que la gestion du marché ne lui sera pas transférée (Amouzou, 2009). La municipalité de Cotonou réclame donc la gestion du marché Dantokpa pour en assurer une bonne salubrité, et partant celle de l'ensemble de la ville. L'insalubrité du marché, orchestrée en partie par la mairie, vise à exercer une pression sur le gouvernement afin qu'il lui transfère le marché.

D'un autre côté, les attitudes des acteurs politiques face à la salubrité urbaine sont parfois sous-tendues par des visées directement électorales. Ces dernières se sont révélées dans le cadre des opérations dites d'assainissement des berges lagunaires de Cotonou. Après la démolition des habitats et des hangars dans les quartiers Xwladodji, Dédokpo, Abokicodji et Gbogbanou, des acteurs politiques se sont mobilisés pour apporter leur soutien aux populations déplacées. Pour fonder leur soutien, ils ont contribué à la construction de la figure du sinistré attribuée aux populations déplacées des berges lagunaires de Cotonou, dans un contexte pré-électoral.

Le sinistré désigne une personne victime de l'opération d'assainissement des berges, qui a perdu son habitation, son commerce et ses biens matériels, et s'est retrouvée sans abri. Le terme a été très vite relayé par la presse⁴⁹³. Les populations déplacées, notamment celles de Xwladodji elles-mêmes, ont adopté cette posture de « sinistrées », en décrivant les dommages qu'elles ont subis et la situation de précarité dans laquelle elles se sont retrouvées, comme en témoignent ces propos : « *Ma femme vient d'accoucher. Depuis qu'on nous a déguerpis, on n'a plus où dormir. Je me demande bien ce que je vais faire maintenant afin que mon enfant qui vient de naître vive dans de bonnes conditions* » ; « *Mon mari m'a informée que le directeur de l'établissement qui nous servait d'abri menace de nous chasser. Ce qui veut dire que si je quitte ici maintenant, je serai obligée de dormir encore à la belle étoile avec mon bébé. C'est malheureux* »⁴⁹⁴. Une partie des déplacés s'est installée dans l'enceinte de l'école primaire publique du quartier, avec des nattes, des ustensiles de cuisine et même des meubles. Plus encore, les déplacés de la berge ont commémoré le premier anniversaire de cette

⁴⁹² Propos de l'ancien maire de Cotonou Nicéphore Dieudonné Soglo, déjà cités, publiés le 10 avril 2010 sur <http://www.podcastjournal.net>, consulté le 20 octobre 2015.

⁴⁹³ « Don aux déguerpis de la berge lagunaire de Cotonou : Abdoulaye Bio Tchané compatit aux souffrances des sinistrés de Xwladodji », publié par Jean-Claude Dossa dans *L'Événement Précis* du 18 juin 2012.

⁴⁹⁴ Propos d'un couple déplacé du quartier Xwladodji, rapporté par Gbaguidi Donatien, « Casses à la berge lagunaire de Cotonou: l'enfer des déguerpis de Placodji », publié dans *L'Événement Précis* du 8 juin 2012.

opération sous le signe du deuil, car elles auraient enregistré six à huit décès suite à cet événement : « *Pour commémorer l'an 1 de ce triste événement, la population de Xwlacodji a initié une série de manifestations pour marquer cette situation, qui a attristé plus d'un. Le samedi 4 mai, sur la place publique, certaines personnes [sont] habillées en rouge et en noir... Pour ces personnes, le rouge et le noir symbolisent le deuil et la détresse* »⁴⁹⁵. Il s'agit là d'un tableau en quelque sorte idéal-typique, pour s'exprimer en termes wébériens, d'une situation de sinistre, comme s'il s'était agi d'une catastrophe naturelle : les populations, obligées de se déplacer, occupent des lieux publics avec les rares effets qu'elles arrivent à emporter ; et l'événement est commémoré annuellement, tel le tsunami du 26 décembre 2004 en Indonésie.

Or, *stricto sensu*, la qualification de sinistré ne correspond pas pleinement aux déplacés des berges lagunaires de Cotonou. Selon *Le Petit Robert*, est sinistrée, une personne qui a subi un événement catastrophique occasionnant des dommages, des pertes (inondation, tremblement de terre, etc.) ; il peut être d'origine naturelle ou humaine, et présente un caractère brutal et non prévisible, comme le soulignent Jérôme Longuépée *et al.* (2008). Selon les auteurs, la catastrophe peut se définir comme un « *événement brutal entraînant une mortalité conséquente et/ou des dommages économiques se chiffrant à plusieurs centaines de millions d'euros* ». Claire Brossaud (2008), dans son analyse de l'usage des TIC en situation de catastrophe, évoque trois exemples de catastrophes naturelles, qui mettent toutes l'accent sur le caractère brutal et les dégâts occasionnés aussi bien du point de vue des pertes en vies humaines que des dommages économiques. La première est liée aux tempêtes qui ont frappé le nord et le sud de la France dans les nuits du 24 au 25 décembre et du 27 décembre 1999, et qui ont occasionné, entre autres, l'isolement des personnes, des blessés et même 88 morts. La seconde a trait aux inondations de la Somme entre le 18 mars et le 28 juin 2001, qui ont produit des sans-abris estimés à 530 familles. Enfin, les intempéries de Bourg-en-Bresse des 15, 16 et 17 avril 2005, faites de pluie et de neige en abondance et ayant entraîné entre autres dégâts, des routes coupées, des hébergements d'urgence d'automobilistes, 50 000 foyers privés d'électricité en Rhône-Alpes et Franche-Comté.

Dans la même logique, la sociologie des catastrophes, d'origine anglo-saxonne, utilise aussi le terme « *disaster* », pour désigner « *un événement dommageable, une interruption du fonctionnement d'une société, qui cause des dégâts humains et matériels* » (Revet, 2007,

⁴⁹⁵Affanou Roland, « Xwlacodji : la population commémore dans la détresse l'an 1 de la destruction de plus de 450 habitations », publié dans *La Nouvelle Tribune* du 6 mai 2013.

p. 14). C'est notamment l'exemple des coulées de boue de 1999 au Venezuela, qui auraient occasionné jusqu'à 50 000 morts, selon les estimations.

Enfin, Jean Lagane (2016) rappelle la distinction entre catastrophe naturelle et aléa naturel. Si l'aléa naturel relève d'une réalité physique, la catastrophe implique l'expérience et l'existence humaines. Ainsi un phénomène naturel ne devient-il catastrophe que dès lors qu'il produit des conséquences humaines dommageables. Dans cette perspective, un phénomène naturel avec un impact minime ou inexistant sur la vie humaine n'est pas qualifié *stricto sensu* de catastrophe. C'est l'exemple du séisme de magnitude 8,3 sur l'échelle de Richter qui s'est produit en Alaska en 1958, cité comme illustration par Augustin Berque (*in* : Lagane, 2016, p. 502). Ce séisme a provoqué un glissement de terrain dans la baie de Lituya et une vague d'une hauteur de 524 mètres qui s'est engouffrée dans un fjord quasi désert, et n'a fait que deux victimes humaines.

En regard de ces définitions plurielles, la situation des déplacés des berges lagunaires ne correspond pas pleinement à ce que l'on qualifie de sinistre. C'est une opération planifiée, dont les populations concernées ont été informées, entre autres, par des communiqués diffusés dans la presse. Elle a été conçue et mise en œuvre par les autorités publiques, dans le cadre de l'aménagement urbain.

L'attribution de l'état de sinistre à ces populations est une construction politique, qui permet, d'une part, aux déplacés de réclamer l'assistance publique et la conservation de leur « patrimoine foncier », et, d'autre part, aux acteurs politiques de se positionner en soutien, dans un contexte pré-électoral, comme l'a fait le président de l'Alliance pour un Bénin triomphant (ABT), candidat malheureux aux élections présidentielles de 2011. Celui-ci s'est porté au secours des populations « sinistrées » le 16 juin 2012, a témoigné sa compassion aux populations victimes des opérations de « déguerpissement » et a offert des balles de moustiquaires, des sacs de riz, et de maïs, ou encore des comprimés Aquatabs pour désinfecter l'eau⁴⁹⁶.

En effet, la deuxième mandature des élus locaux devrait arriver à terme en 2013, avec l'organisation de nouvelles élections, prévues pour décembre de cette même année⁴⁹⁷. C'est donc un peu plus d'un an avant ces échéances que l'opération de déplacement des populations

⁴⁹⁶ Dossa D. Jean-Claude, « Don aux déguerpis de la berge lagunaire de Cotonou: Abdoulaye Bio Tchané compatit aux souffrances des sinistrés de Xwlacodji » publié dans *L'Événement Précis* du 18 juin 2012.

⁴⁹⁷ Ces élections municipales, communales et locales ont connu plusieurs reports liés à la non-disponibilité de la liste électorale permanente informatisée (LEPI). Prévues à la fin de la première mandature des élus locaux en 2008, elles ont été reportées en 2013 et se sont tenues finalement le 28 juin 2015.

des berges lagunaires de Xwlacodji, d'Abokicodji, de Dédokpo et de Gbogbanou a été mise en œuvre. L'enjeu politique concernait la municipalité de Cotonou. Aussi, tous les acteurs en lice pour la mairie ont tenté d'investir le dossier des populations victimes de l'opération.

C'est d'abord la municipalité de Cotonou, représentée par son maire, qui se désolidarise du gouvernement et condamne l'opération, lors d'une visite aux déplacés le 12 mai 2012, pour « constater l'ampleur des dégâts occasionnés par les opérations de dégagement et de casse [des] habitations et [des] installations situées sur la berge lagunaire »⁴⁹⁸. Le maire se place d'emblée du côté des « victimes » en dénigrant le projet, qui n'est, selon lui, qu'une « casse ». Il poursuit : « C'est une provocation, car tout ce qui a été fait n'a rien à voir avec le programme initial. Cela vous a causé de graves dommages et des désagréments de tout genre. Cela me crève le cœur. C'est d'autant plus grave et déplorable que nous sommes en pleine saison pluvieuse et que les activités scolaires au titre de cette année se poursuivent encore. C'est un manque d'humanité que de vous jeter à la rue et vous obliger à dormir à la belle étoile, même si, j'en conviens, il faut effectivement assainir la berge lagunaire à la fois pour des raisons économiques et pour des raisons de sécurité publique. Je vous exprime à nouveau, comme je l'ai expressément fait à travers les médias, mes sentiments de compassion et de profonde sympathie »⁴⁹⁹. Le maire décline ainsi sa responsabilité dans cette opération, et rend coupable le gouvernement, représenté par le MEHU. Pour soulager les « sinistrés », il leur a offert une enveloppe de 12 millions de Francs CFA⁵⁰⁰. L'autorité municipale se positionne clairement du côté des déplacés, et veut souligner ne pas avoir été associée à l'opération.

Le 23 mars 2015, le maire de Cotonou renouvelle sa démarche de soutien aux populations déplacées environ trois ans plus tôt. Il charge à nouveau le gouvernement : « Le pouvoir central n'a pas voulu associer la Mairie dans la mise en œuvre de sa politique d'aménagement des berges. Il a décidé de façon solitaire de casser sans préavis, sans indemnité, sans consulter le patron de la municipalité de Cotonou que je suis... »⁵⁰¹. L'autorité municipale rejette une fois encore toute responsabilité dans cette opération. Cette

⁴⁹⁸ Propos du maire de Cotonou, recueillis et publié par Zoumènou Marcel, dans son article « Le président Soglo console les sinistrés des berges lagunaires à Cotonou », paru dans *La Nouvelle Tribune* du 14 mai 2012, consulté le 17 juillet 2015.

⁴⁹⁹ Gamaï Léonce, « Déguerpissement de la berge lagunaire de Cotonou : la preuve que le maire Soglo informé avait donné sa caution », publié dans *La Nouvelle Tribune* du 15 mai 2012, consulté le 10 février 2016.

⁵⁰⁰ 18 294 euros environ. Ce montant a été publié par Gbaguidi Gathum, dans son article « Municipales 2013 : Marchés de Cotonou, des trésors électoraux », dans *Le Matinal* du 29 Mai 2012, consulté le 10 février 2016.

⁵⁰¹ Propos du maire Nicéphore Soglo, publiés par la Cellule de Communication de la mairie de Cotonou, dans *Matin Libre* du 23 mars 2015, sous le titre « Descente du Maire de Cotonou sur les berges lagunaires du 5^e arrondissement ce jour : Nicéphore SOGLO aux côtés des victimes », consulté le 10 février 2016.

nouvelle démarche traduit la volonté de convaincre les victimes, et retraduit les rapports tendus entre la mairie dirigée par un parti de l'opposition et le pouvoir en place au sujet des compétences des collectivités territoriales.

Pourtant, *de facto*, la mairie de Cotonou était fortement engagée dans l'action d'assainissement des berges. D'une part, en tant que partie prenante et partenaire privilégié du gouvernement dans la mise en œuvre de cette activité, elle est chargée de prendre en charge l'enfouissement des déchets et débris issus du déplacement des populations de la berge⁵⁰². D'autre part, le maire a conjointement signé un communiqué adressé aux populations des berges des quartiers concernés au sujet de cette opération⁵⁰³. Dans ce communiqué, qui porte leur signature, le MEHU, Blaise Ahanhanzo Glèglé, et le Maire de Cotonou, Nicéphore Dieudonné Soglo, informent les populations des quatre quartiers du démarrage imminent des travaux d'assainissement des berges, et leur donnent un ultimatum, afin qu'elles prennent « *toutes les dispositions nécessaires pour déguerpir les lieux au plus tard le 29 février [2012], délai de rigueur afin de permettre aux services du génie militaire d'effectuer les travaux d'assainissement* ». À la fin de ce communiqué, les deux autorités préviennent les populations concernées d'éventuelles conséquences qui pourraient découler du non-respect de ce délai de rigueur.

Par ailleurs, le MEHU a adressé une note⁵⁰⁴ au même maire en avril 2012, pour faire le point des démarches menées dans le cadre de l'opération de déplacement des populations. Le ministre a d'ailleurs spécifié au maire que le marché est conclu et signé avec le Génie militaire, chargé d'exécuter les travaux, et que la date de démarrage relèverait de la discrétion des autorités compétentes. Il a également annoncé le marquage des ouvrages situés dans l'emprise de la zone à raser, sur la base du levé topographique et d'une carte réalisés par l'IGN, en collaboration avec les élus locaux, la Direction générale de l'environnement (DGE), le Génie militaire, les services techniques de la Mairie et de la SOGEMA. D'après la même note, la carte réalisée par l'IGN a été transmise à toutes les structures concernées par le projet, y compris la direction des services techniques de la mairie de Cotonou. Cette carte était supposée indiquer au maire les limites de l'opération.

⁵⁰² Compte rendu des tâches exécutées dans le cadre de l'assainissement des berges lagunaires d'Abokicodji, de Dédokpo, de Gbogbanou et de Xwladodji à Cotonou, présenté en Conseil des ministres du 12 décembre 2011 par le ministre de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme.

⁵⁰³ Gamaï Léonce, « Déguerpissement de la berge lagunaire de Cotonou : la preuve que le maire Soglo informé avait donné sa caution », publié dans *La Nouvelle Tribune* du 15 mai 2012 ; communiqué 0403/MEHU/DC/SGM/DGE/DPPGRE/SPP/SA du 23 février 2012.

⁵⁰⁴ Note du ministre de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme au maire de Cotonou, publié dans *L'Événement Précis* du 16 mai 2012, consulté le 12 février 2016.

Dans le même sens, le directeur adjoint de l'environnement a affirmé que les « *activités liées au déguerpissement et à l'assainissement [des berges] seront, pour une large part, exécutées par le Génie militaire, appuyé au plan sécuritaire par la brigade en charge de la protection du Littoral et de la lutte anti-pollution, avec la contribution de la mairie de Cotonou* »⁵⁰⁵.

Enfin, la municipalité de Cotonou a été représentée dans le « comité de déguerpissement » par le directeur de la police municipale. Ce dernier a d'ailleurs ouvertement apporté son soutien à l'opération : « *C'est le gouvernement qui a, à travers le ministère de l'Environnement, engagé cette opération de déguerpissement... Même si nous n'avons déployé aucun agent de la Police municipale, nous lui apportons notre soutien. L'occupation de la berge lagunaire était anarchique et illégale. Il fallait réagir. C'est ce que le gouvernement a fait. Je vous informe que tous ceux-là qui sont déguerpis ont été déjà dédommagés. Autant qu'ils sont, ils ont reçu chacun des fonds pour aller s'acheter un terrain ou pour aller construire une maison. Il y a même des espaces qui ont été aménagés pour eux. Mais ils ne veulent pas déménager. Ils se sont entêtés à rester sur ces lieux interdits. Certains ont même vendu des portions de la berge lagunaire. D'autres ont loué la berge à des expatriés. Ce qu'il fallait faire, c'est de les déguerpier afin de booster la valorisation de ce domaine* »⁵⁰⁶. Contrairement au maire de Cotonou qui a désavoué publiquement le gouvernement, le directeur de la police municipale justifie l'assainissement de la berge. Il apparaît ainsi que, dans la même municipalité, un élu local ne réagit pas de la même manière qu'un responsable des services administratifs, en contexte pré-électoral, et que l'appareil d'une commune ne fonctionne pas comme un seul homme.

Par ailleurs, la visite du maire de Cotonou aux populations déplacées a été suivie par celle du chef de l'État, accompagné du premier adjoint au maire de Cotonou. Le président de la République aurait voulu « *constater l'état des travaux exécutés par le Génie militaire et le ministère de l'Environnement, de l'habitat et de l'urbanisme dans le cadre de l'aménagement de la berge lagunaire, et répondre aux requêtes des usagers des marchés, dont les installations ont été détruites* »⁵⁰⁷. Les femmes des marchés Gbogbanou et Dantokpa ont dénoncé le fait que l'opération se soit étendue au-delà des limites initiales, occasionnant ainsi plus de dégâts. Le chef de l'État, tout en maintenant que cette opération était nécessaire, a

⁵⁰⁵ Propos du directeur général adjoint de l'environnement, Imorou Ouro Djévi, recueilli par *Le Matinal* et publié le 9 mai 2012, consulté le 12 mai 2015.

⁵⁰⁶ Propos de Placide Clédjo, responsable de la police municipale et membre du comité de déguerpissement, recueilli par le journal *Le Matinal* et publié le 9 mai 2012, consulté le 2 février 2016.

⁵⁰⁷ « Descente à Gbogbanou : Boni Yayi répond à l'appel des usagers du marché », publié dans *La Presse du Jour* du 26 mai 2012 ; Gbaguidi Gathum, « Municipales 2013 : Marchés de Cotonou, des trésors électoraux », publié dans *Le Matinal* du 29 Mai 2012, consulté le 15 avril 2015.

promis de mettre sur pied une commission spéciale pour étudier la question, trouver une solution rapide pour reloger les déplacés, et enfin respecter « prochainement » les limites initiales⁵⁰⁸. Une commission paritaire mairie/MEHU a été installée pour étudier notamment la question de dédommagement des victimes de l'opération de « nettoyage » de la berge lagunaire⁵⁰⁹. Mais aucune solution n'est encore trouvée au mois d'août 2016.

Pour la presse, l'attitude de ces responsables politiques vise à s'attirer l'électorat que constitue l'ensemble des personnes déplacées, « *un trésor électoral qu'il faut ménager dans la perspective des... élections, notamment les communales de 2013 à Cotonou* »⁵¹⁰. Il est certes difficile d'avoir un chiffre exact du nombre de déplacés dans cette opération, les estimations variant en fonction des sources. Pour les populations du quartier Xwlacodji, environ 450 habitations ont été détruites, et 5000 personnes sont sans abri, selon la presse⁵¹¹. Ces chiffres semblent rejoindre ceux avancés par un député à l'Assemblée nationale dans une question orale adressée au gouvernement : Éric Houndété, député membre de l'opposition, parle de 421 habitations détruites à Xwlacodji et 4800 individus sans abri⁵¹². À cela, on peut ajouter 2000 hangars⁵¹³ des usagers des marchés Dantokpa et Gbogbanou qui ont été détruits. Les milliers de personnes concernées par toutes les destructions constituent donc un électorat non négligeable, qui a d'ailleurs proféré des menaces de représailles électorales à l'endroit des autorités publiques⁵¹⁴. Les populations autochtones dans les villes africaines disposent d'un poids politique qu'elles mobilisent au profit de tel ou tel candidat par un vote collectif, comme le montre Mathieu Hilgers (2008) pour le cas de la ville de Koudougou au Burkina Faso. L'assurance du maintien de leurs prérogatives foncières et leurs représentations de l'urbanité à l'occasion du lotissement de 1998, a été à l'origine de la marchandisation du vote collectif des autochtones aux candidats susceptibles de mieux porter leurs revendications. Pour le cas de Cotonou, le positionnement des acteurs politiques en faveur des « victimes » des opérations de démolition, celles du quartier Xwlacodji en particulier, témoigne de ce

⁵⁰⁸ Compte rendu publié par la cellule de communication de la Présidence de la République, dans *La Presse du Jour* du 26 mai 2012, consulté le 10 novembre 2015.

⁵⁰⁹ « Xwlacodji : les déguerpis sont de retour », publié dans *La Nouvelle Tribune* du 18 septembre 2012, consulté le 27 mai 2016.

⁵¹⁰ Gbaguidi Gathum, « Municipales 2013 : Marchés de Cotonou, des trésors électoraux », publié dans *Le Matinal* du 29 Mai 2012, consulté le 10 novembre 2015.

⁵¹¹ Affanou Roland, « Xwlacodji : la population commémore dans la détresse l'an 1 de la destruction de plus de 450 habitations », publié dans *La Nouvelle Tribune* du 6 mai 2013, consulté le 5 mars 2016.

⁵¹² Kèko Ismail, « Destruction des habitations Xwla et Xweda à Xwlacodji : les griefs des députés contre le gouvernement », publié dans *La Nouvelle Tribune* du 4 juillet 2013, consulté le 5 mars 2016.

⁵¹³ Selon les propos des agents de la Société de Gestion des Marchés Autonomes (SOGEMA), rapportés par *Le Matinal* du 9 mai 2012, consulté le 5 mars 2016.

⁵¹⁴ Gbaguidi Gathum, « Municipales 2013 : Marchés de Cotonou, des trésors électoraux », publié dans *Le Matinal* du 29 Mai 2012, consulté le 5 mars 2016.

poids électoral qu'ils comptent mobiliser dans le cadre des élections locales, communales et municipales de 2013. Dans ces conditions, la situation sanitaire des habitants est très peu prise en compte, car se rangeant du côté des « victimes » et dénonçant ces opérations, ces responsables politiques tendent à demander le maintien de ces habitants dans des conditions d'insalubrité productrices de risques sanitaires multiples, dont le choléra.

9.2.4.2 Facteurs socio-culturels et contestation des opérations d'assainissement des berges par les habitants et les usagers des marchés

Si l'on estime que, dans certaines villes africaines, les individus et les groupes qui perdent des terres ou des biens immobiliers, ou qui doivent être déplacés lors des opérations d'aménagement urbain protestent peu (Hilgers, 2008), c'est en partie en raison d'une définition courante de la contestation limitée à l'action collective par la création de mouvements sociaux. Or, il existe des pratiques et des processus quotidiens de lutte pour la ville, qui ne sont pas nécessairement des mouvements organisés et des conflits violents (Körling, 2013). Asef Bayat (1997, p. 57) montre par exemple comment les stratégies déployées par les « sans-droits » pour survivre dans l'espace urbain, telles que le commerce de rue et la construction illégale, prennent la forme d'un « *empiètement tranquille de l'ordinaire...*, [d'une] *ascension silencieuse, patiente, lente et pénétrante des gens ordinaires sur les propriétaires et les puissants afin de surmonter les difficultés de la vie et d'améliorer leur quotidien* ». Dans cette perspective, les études sur les luttes pour l'accès à la ville et l'amélioration des conditions de vie, en Afrique notamment, doivent prendre en compte non seulement les mouvements sociaux organisés, mais aussi des pratiques et des processus quotidiens plus silencieux et non violents, qu'ils soient individuels ou collectifs (Körling, 2013).

Ce sont ces stratégies multiformes de revendication que les groupes sociaux déplacés des berges lagunaires de Cotonou dans les quartiers Xwlacodji, Gbogbanou et Dédokpo en mai 2012 ont mobilisées. Les formes de contestation de l'opération sont, entre autres, les assemblées générales, les célébrations de culte religieux, le réinvestissement des espaces « nettoyés ». Elles se sont cristallisées sur des enjeux sociaux et culturels, que le gouvernement a occultés dans cette opération. Deux groupes de contestataires se sont formés : d'une part, des usagers des marchés Dantokpa et Gbogbanou et, d'autre part, des habitants du quartier Xwlacodji.

Ce sont d'abord les agents de la SOGEMA et les usagers des marchés qui se sont réunis en assemblée générale le 8 mai 2012⁵¹⁵. Cette AG vise à dénoncer la destruction des installations marchandes au-delà des limites initialement retenues par le comité interministériel chargé de l'opération de « nettoyage » des berges. En effet, cette opération a été conçue au départ pour nettoyer la berge lagunaire du marché Gbogbanou sur une emprise de 25 m à partir de la lagune. Or, le Génie militaire, sous l'injonction du MEHU, aurait détruit des hangars, des boutiques et autres habitats de fortune dans l'enceinte même du marché, sur une emprise de 300 à 400 m⁵¹⁶, soit une superficie égale à 16 fois celle initialement retenue. Selon les agents de la SOGEMA, cette action du MEHU constitue une trahison : « *Ce n'est pas ce que nous avons dit ensemble. Le Mehu nous a trahis. Il est allé au-delà de ses prérogatives* »⁵¹⁷. Une femme vendeuse de friperie au marché Missebo renchérit : « *C'est injuste. C'est criminel. Au lieu que ce soit seulement les boutiques sises sur la berge lagunaire, le Mehu a détruit toutes les maisons qui ne sont pas installées dans le périmètre des 25 m. Où allons-nous dormir maintenant ?* »⁵¹⁸. Dans ces conditions, les conséquences sociales et économiques de cette opération sont nombreuses. D'une part, plus de 2000 installations marchandes ont été détruites, et 5000 usagers ont été touchés, sans qu'aucune solution de relogement et de réinstallation n'ait pu être trouvée⁵¹⁹. Pour les agents de la SOGEMA, la destruction du marché serait une stratégie de la mairie de Cotonou pour obliger le gouvernement à lui transférer ses compétences en matière de gestion des équipements marchands. Ces agents réconvoquent ici encore le registre des rivalités politiques entre l'État central et la mairie de Cotonou pour interpréter les effets de l'opération de « déguerpissement » des berges lagunaires. La municipalité de Cotonou est perçue comme un acteur doté d'« *une stratégie rationnelle visant à utiliser son pouvoir pour accroître ses "gains", à travers sa participation à l'organisation* » (Crozier, Friedberg, 1977, p. 91). Ces tensions entre la mairie de Cotonou, le MEHU et la SOGEMA traduisent donc les difficultés à lever les suspicions entre les acteurs, suspicions qui émergent de la divergence de leurs intérêts, alors qu'ils sont tous impliqués dans un même projet de gouvernance urbaine.

⁵¹⁵ « Destruction de boutiques et maisons de fortune sises à Gbogbanou : Les agents de la Sogema s'insurgent et dénoncent le Mehu », publié dans *Le Matinal* du 9 mai 2012, consulté le 29 mai 2016.

⁵¹⁶ *Idem*.

⁵¹⁷ Propos d'un agent de la SOGEMA, publié dans *Le Matinal*, *idem*.

⁵¹⁸ « Poursuite de l'opération d'assainissement de la berge lagunaire : Missèbo rasée, victimes et autorités s'accusent », publié dans *Le Matinal* du 9 mai 2012, consulté le 29 mai 2016.

⁵¹⁹ « Destruction de boutiques et maisons de fortune sises à Gbogbanou... », *art. cit.*, *Le Matinal* du 9 mai 2012, consulté le 29 mai 2016.

D'autre part, les usagers des marchés touchés par cette opération ont enregistré des pertes financières liées à la destruction de leurs marchandises. « *Sans nous avertir, ils sont venus ce matin nous déguerpir. Qu'allons-nous faire maintenant ? Toutes nos marchandises ont été détruites. Comment allons-nous nourrir nos progénitures ? Où allons-nous trouver de l'argent pour réinvestir dans nos commerces ?* »⁵²⁰, s'interroge une vendeuse « victime » de l'opération. Ces pertes financières constituent un risque social majeur pour ces femmes vendeuses dans un pays caractérisé par une absence de protection sociale. Il n'existe pas un système assurantiel susceptible de prendre en charge les pertes enregistrées. Ces enjeux sociaux ont également motivé les habitants de Xwladodji à adopter une attitude contestataire des opérations de « nettoyage » de la berge lagune de leur quartier.

La contestation de cette opération a pris deux formes dans le quartier en question. Il s'agit, d'une part, du réinvestissement des espaces nettoyés et, d'autre part, de l'organisation d'une journée anniversaire de cet événement. Les points de contestation concernent le dépassement des limites retenues de concert avec les habitants, entraînant des dégâts sociaux non négligeables. Tout comme au niveau des marchés, les opérations de « nettoyage » de la berge au niveau du quartier Xwladodji ont dépassé les 25 m pour aller au-delà de 200 m à partir du niveau de l'eau. « *J'ai assisté aux réunions avec tous les acteurs de ce dossier. Il a toujours été question des 25 mètres réglementaires délimitant les berges lagunaires* »⁵²¹. Le même chef d'arrondissement ajoute : « *Quelques jours avant l'arrivée des bulldozers, les autorités ont tracé un marquage qui m'avait déjà mis en alerte. En fait, ce marquage ne respectait pas les 25 mètres à partir du niveau de l'eau que le ministère avait prévu de ne pas dépasser pour la zone de déconstruction. La délimitation allait, en fait, jusqu'à 200 mètres, ce qui fait que beaucoup plus d'habitations ont été détruites* »⁵²². Un jeune trentenaire du quartier renchérit sur le dépassement des limites initiales : « *On nous a dit 25 mètres de la berge. Ma maison est à 250 mètres et elle a été rasée. Je suis d'accord, les 25 mètres sont pour eux. Mais le reste, c'est pour nous !* »⁵²³. Pour les autorités du MEHU, ce dépassement se justifie par le respect des « 100 pas du roi »⁵²⁴ : « *Les berges lagunaires, c'est 25 mètres à partir du niveau de*

⁵²⁰ « Poursuite de l'opération d'assainissement de la berge lagunaire : Missèbo rasée, victimes et autorités s'accusent », publié dans *Le Matinal* du 9 mai 2012, consulté le 29 mai 2016.

⁵²¹ Propos du chef du 5^e arrondissement de Cotonou, publié dans l'article « Bénin : la colère des "squatteurs" de la lagune de Cotonou refoulés vers l'océan », du 31 mai 2012 par *Slate Afrique*, consulté le 29 mai 2016.

⁵²² Propos du chef du 5^e arrondissement de Cotonou, recueillis par un observateur de *France 24*, publié dans l'article « Des milliers de pêcheurs sans abri après le "déguerpissement" de la lagune de Cotonou », le 24 avril 2012, consulté le 29 mai 2016 sur <http://observers.france24.com/fr/content/20120604-benin-cotonou-France>.

⁵²³ *Slate Afrique* du 31 mai 2012, consulté le 29 mai 2016.

⁵²⁴ Les « 100 pas du Roi » et « 100 pas du douanier » n'existent pas, à notre connaissance, dans la littérature urbanistique. Il s'agit d'une interprétation de la notion de « 50 pas du Roi », instituée dans la première moitié du

l'eau. Il y a ensuite les cent pas du roi, où il n'est pas conseillé de construire. Et les cent pas du douanier. Nous avons choisi d'aller jusque-là car si on s'était arrêté aux 25 mètres, on n'aurait rien fait. On aurait laissé une bonne partie des déchets, des dépotoirs et autres. Nous avons tenu compte des limites des lotissements. Tous ceux qui sont au-delà ont été dégagés »⁵²⁵. Plus de 450 habitations auraient été détruites, avec environ 7000 personnes sans abri et sans solution de relogement. En fait, le gouvernement a estimé avoir déjà dédommagé les habitants du quartier dans les années 1980. En effet, anticipant les éventuelles oppositions des populations au projet de rénovation, le MEHU avait proposé un dédommagement social aux occupants de cet espace. Cependant, les personnes concernées par le « déguerpissement » ont considéré, elles, n'avoir jamais été dédommagées, contrairement à ce qu'avancent les autorités : « Si le gouvernement est sûr de ce qu'il dit, puisque nous, nous avons affirmé que nous n'avons reçu aucun dédommagement, qu'il vienne exhiber sur la place publique les preuves que nous avons été dédommagés. À moins qu'il nous dise que les pièces de ce dédommagement n'existent pas. Et ce serait le comble »⁵²⁶. Ajoutons qu'en plus de ces conséquences socio-économiques, c'est l'identité culturelle du quartier qui a été mise à mal, avec la destruction des temples « vodoun »⁵²⁷, l'entité spirituelle tutélaire de ce groupe social.

Ces polémiques traduisent l'existence de « zones d'incertitudes » (Crozier, Friedberg, 1977) dans le projet de gouvernance urbaine. Bien que le projet d'assainissement des berges ait fait l'objet d'une concertation entre les acteurs impliqués, qu'il s'agisse du gouvernement représenté par le ministère de l'environnement, de la mairie de Cotonou, de la SOGEMA et des chefs d'arrondissements représentant les quartiers concernés, les autorités publiques apparaissent contourner, en tout ou partie, les décisions issues de ces concertations. Si la participation citoyenne est « octroyée » dans le cadre de ce projet, on voit émerger une difficulté inattendue, consistant à contourner le point de vue des acteurs locaux, et à occulter les questions socio-culturelles dans les projets urbains. On comprend alors, une fois encore,

XVII^e siècle dans les colonies françaises d'Amérique, des « Indes Occidentales », puis dans l'île de la Réunion au début du XVIII^e siècle, et enfin à Mayotte au XX^e siècle (Clément, Morin, 2015, p. 9). Encore dénommée les « 50 pas géométrique, les « 50 pas du Roi » consistent en une « bande littorale continue large de 81,20 m, établie sur la base de 50 pas doubles de marche, qui constitue en fait une extension terrestre du domaine public maritime (DPM) vers l'intérieur des terres... » (*Idem.*, p. 8).

⁵²⁵ Propos du directeur général adjoint de l'environnement, publiés dans *Slate Afrique* du 31 mai 2012, consulté le 29 mai 2016.

⁵²⁶ Propos d'un responsable de l'Association de développement du quartier Xwlacodji, recueillis et publiés par Gbaguidi Donatien : « Casses à la berge lagunaire de Cotonou: l'enfer des déguerpis de Placodji », publié dans *L'Événement Précis* du 8 juin 2012, consulté le 15 octobre 2015.

⁵²⁷ « Xwlacodji : la population commémore dans la détresse l'an 1 de la destruction de plus de 450 habitations », publié le 6 mai 2013 par *La Nouvelle Tribune*, consulté le 29 mai 2016.

que cet interventionnisme étatique nourrisse la contestation de l'action publique par les habitants.

Au lendemain des opérations, les habitants du quartier Xwlacodji ont réinvesti les espaces « nettoyés »⁵²⁸. Avec des hangars de fortune, faits avec des bois secs et coiffés de tôle, les habitants déplacés occupent la berge dans des conditions aussi précaires qu'elles ne l'étaient avant l'action de « nettoyage ». « *Nous vivons comme des réfugiés sur notre terre natale et sommes sujets à toutes les intempéries. Nous n'avons nulle part où aller et nous demeurerons sur place en attendant le dédommagement* »⁵²⁹. L'autochtonie devient un outil de revendication, les habitants estimant avoir été « déguerpis » de force. « *On est ici depuis 200 ans, nous sommes les autochtones, c'est nous qui avons fait Cotonou. Ils veulent nous faire déguerpier. Mais on ne veut pas quitter Placodji, c'est notre héritage* »⁵³⁰. Un lien est ainsi établi entre autochtonie et propriété foncière en milieu urbain, comme l'a montré Mathieu Hilgers (2008) pour le cas de la ville de Koudougou au Burkina Faso. L'autochtonie est souvent mobilisée dans les villes africaines pour revendiquer leur place dans la ville et la propriété foncière dès lors que celles-ci semblent menacées, soit lors des opérations de lotissements, comme c'est le cas à Koudougou (Hilgers, 2008), soit à l'occasion de la mise en œuvre d'un projet d'aménagement urbain, comme dans l'exemple de Cotonou.

C'est justement autour de l'autochtonie et de l'identité culturelle que s'est construite la journée de commémoration de l'an 1 de l'opération de nettoyage de la berge de Xwlacodji. Sur la place publique du quartier, les habitants ont revendiqué leur contribution à l'histoire de la ville de Cotonou et même à son développement économique. Plusieurs messages, portés par des banderoles, mettent l'accent sur le rôle de leurs ancêtres dans la constitution de Cotonou et le développement du transport maritime. Ainsi, peut-on lire « *Destruction de Xwlacodji, 1^{er} quartier de Cotonou : Hommages aux braves et valeureux canotiers Xwla et Xwéla, l'un des principaux pionniers de développement du Wharf d'hier, le Port aujourd'hui, poumon de l'économie béninoise* »⁵³¹. Le chef du 5^e arrondissement de Cotonou renchérit : « *Qu'on ne veuille pas reconnaître l'histoire de ce quartier et son apport économique au pays, c'est cynique. Penser le développement en détruisant, c'est briser nos valeurs culturelles et*

⁵²⁸ « Xwlacodji : les déguerpis sont de retour », publié le 18 septembre 2012 par *La Nouvelle Tribune*, consulté le 29 mai 2016.

⁵²⁹ Un habitant du quartier Xwlacodji, *idem*.

⁵³⁰ Propos d'un habitant du quartier, *Slate Afrique* du 31 mai 2012, consulté le 29 mai 2016.

⁵³¹ « Xwlacodji : la population commémore dans la détresse l'an 1 de la destruction de plus de 450 habitations », publié dans *La Nouvelle Tribune* du 6 mai 2012, consulté le 29 mai 2016.

identitaires »⁵³². Cette reconvocation de l'autochtonie et de l'identité culturelle vise à attirer l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de réparation et de restitution du patrimoine foncier aux habitants.

9.3 Le choléra comme conséquence de la place mineure accordée aux préoccupations sanitaires dans la gestion urbaine

La mise en œuvre du projet de gestion urbaine ou de développement municipal, promouvant la lutte contre la pauvreté, la croissance économique et la préservation de l'environnement, et organisé autour de la notion de gouvernance (Hilgers, 2008 ; Mbouba, 2013), fait, comme on l'a vu, une place mineure aux préoccupations sanitaires dans ce qui a trait à l'aménagement de la ville de Cotonou. Cela se révèle, d'une part, dans les déplacements de suivi de la salubrité et, d'autre part, dans l'opération dite d'assainissement des berges lagunaires.

La salubrité urbaine fait l'objet d'usages politiques, qui consistent à promouvoir une « image esthétique » de la ville, pour donner une visibilité aux actions des édiles, et mobiliser ainsi l'électorat urbain à l'occasion des consultations électorales : la gestion des déchets fait partie des indicateurs à travers lesquels les citoyens jugent leurs élus locaux (Finken, 2011, p. 135).

En effet, les déplacements des autorités municipales de Cotonou aux fins de suivi de la gestion des déchets privilégient les artères principales et les places publiques de la ville. Ces opérations conjoncturelles ne s'intéressent guère à l'intérieur des quartiers, où les populations sont exposées aux ordures ménagères non collectées, avec des conséquences sur la santé, telles que les épidémies de choléra. Rappelons-le, avant la révolution pastorienne marquée par la découverte des germes responsables des maladies infectieuses, la salubrité était utilisée comme l'un des meilleurs moyens prophylactiques et thérapeutiques portés par le courant hygiéniste (Lévy, 2012). En définissant l'hygiène publique comme « *art de conserver la santé aux hommes réunis en société...* », Villermé (1829) affirmait clairement la visée sanitaire de la salubrité. Des commissions *ad hoc* étaient installées pour rechercher les causes de l'insalubrité des maisons et les moyens d'y remédier. La notion d'insalubrité reposait sur la densification immobilière, le surpeuplement des logements et la malpropreté des habitations et des habitants, à l'origine d'un air vicié (Le Mée, 1998). En plus du fait qu'elles visaient à identifier et assainir les logements insalubres, des actions de salubrité urbaine étaient également pratiquées dans l'espace public. La salubrité publique reposait aussi sur des

⁵³² *Slate Afrique* du 31 mai 2012, consulté le 29 mai 2016.

préoccupations sanitaires et convoquait l'urbanisme à cette fin. En termes d'exemple significatif, on peut évoquer les activités du Conseil de Salubrité de la Seine, créé le 7 juillet 1801 sous l'impulsion du chimiste Cadet de Gassicourt (Barles, Guillerme, 2012, pp. 101-102). Ce Conseil avait la charge d'examiner les boissons falsifiées, les épizooties, les manufactures et les ateliers insalubres, et d'assurer, avec les architectes de la petite voirie et les commissaires de police, la « *nouvelle urbanité* », en termes de meilleur éclairage nocturne, de contrôle des eaux courantes, de réduction des fièvres paludéens, d'élimination des eaux croupies, de meilleure sécurité. Il s'agit là d'un ensemble d'activités inscrites dans le temps, et visant à garantir le bien-être sanitaire dans la ville de Paris.

En revanche, les campagnes dites de salubrité urbaine impliquant les édiles de la ville de Cotonou sont, elles, sporadiques et circonscrites. Elles ne correspondent pas tout à fait à la salubrité, définie comme le caractère de ce qui est favorable à la santé. Celle-ci vise à combattre l'insalubrité, c'est-à-dire un ensemble de facteurs de pollution environnementale liés aux déchets urbains (Sy, 2006, p. 7), dans la mesure où cette pollution a des effets sanitaires. C'est le souci d'entretenir ou de présenter l'image d'une « ville propre » qui préside aux actions publiques dites de salubrité urbaine. Ainsi, ces campagnes et ces visites de contrôle des activités de collecte des déchets sont-elles organisées à la veille d'événements solennels, et se focalisent sur les artères principales et les espaces publics de la ville. Entre 2010 et 2015, les « campagnes de salubrité » organisées dans la ville de Cotonou par les autorités municipales l'ont été soit dans le cadre des préparatifs de la fête du 1^{er} août⁵³³, soit à la veille de visites de personnalités étrangères. Par exemple, à la veille de la visite du pape Benoît XVI au Bénin en novembre 2011, la mairie de Cotonou a organisé une opération de propreté de la ville : « *18 Novembre 2011: une date qui fait courir les autorités béninoises, celles de la ville de Cotonou et la communauté catholique du Bénin. Et pour cause, le Pape Benoît XVI sera sur la terre béninoise... Les autorités ont lancé une vaste opération d'aménagement de la ville de Cotonou, à travers l'opération "Cotonou Ville Propre"* »⁵³⁴. Les actions d'embellissement de la ville ont été également réalisées à la veille de la commémoration des fêtes du 1^{er} août des années 2012, 2013, 2014 et 2015⁵³⁵.

⁵³³ Date de la commémoration de l'anniversaire de l'accession du Bénin à la souveraineté internationale.

⁵³⁴ Gamaï Léonce, « Visite du pape Benoît XVI au Bénin : Cotonou fait son lifting pour accueillir l'autorité papale », publié le 28 octobre 2011, dans *La Nouvelle Tribune*, consulté le 16 juillet 2015.

⁵³⁵ Cellule de communication de la mairie, « Préparatifs du 1^{er} Août 2015 : La mairie de Cotonou s'active sans grands moyens », publié le 29 juillet 2015 par *La presse du jour* ; « Lutte contre l'insalubrité à Cotonou : Léhady Soglo dans la dynamique d'une ville toujours propre », publié dans *L'Événement Précis* du 13 août 2014 ;

Les opérations d'aménagement de la ville ont essentiellement consisté en la démolition des apatams, kiosques et baraques construits sur les trottoirs, ou sur des espaces publics, tels que l'esplanade du stade de l'Amitié. Elles sont également appuyées de visites de terrain organisées par les autorités municipales. Tout comme les actions d'embellissement, ces dernières ne concernent, généralement, que les artères principales et les espaces publics de la ville. Par exemple, dans le cadre d'une visite de suivi des actions entreprises à la veille du 1^{er} août 2014, le premier adjoint au maire de Cotonou s'est rendu au stade de l'Amitié de Kouhounou, à la place Cardinal Gantin, à l'aéroport international de Cadjehoun, au carrefour Lègba et à la mosquée centrale de Zongo⁵³⁶. De même, la visite de la ville par l'autorité préfectorale, un an plus tôt, s'est limitée aux artères principales et espaces publics⁵³⁷.

La priorité accordée aux actions d'embellissement de la ville à l'occasion d'événements solennels n'est pas propre au cas de Cotonou ; elle a été observée dans d'autres villes africaines. Ainsi, au Gabon, l'État a-t-il entrepris des travaux de rénovation urbaine, et confié la gestion des déchets de la ville de Libreville à un opérateur privé en 1977, à la veille du premier sommet de l'Organisation de l'unité africaine (OUA), en dessaisissant le ministère des Travaux publics de cette charge qu'il avait du mal à assurer (Mboumba, 2013, pp. 76-77). Sidy Tounkara (2015, p. 122) signale également que le gouvernement sénégalais, au travers du ministère du Renouveau urbain, de l'habitat et du cadre de vie, s'est impliqué directement et activement pour la propreté de la ville de Dakar, dans le cadre du XV^e sommet de la Francophonie qui s'est tenu dans la capitale sénégalaise les 29-30 novembre 2014. Comme le font remarquer Elisabeth Dorier-Apprill et Cécilia Meynet (2005, p. 29), en ce qui concerne la gestion des déchets à Mopti au Mali, ou à Porto Novo au Bénin, dans certains contextes politiques comme la perspective d'une visite officielle, une période préélectorale, etc., les autorités publiques tendent à reprendre en main la prestation de certains services. Cette mobilisation conjoncturelle autour des questions de salubrité permet aux autorités publiques de donner une visibilité à leurs actions, et de mobiliser les populations lors des élections. Telles que pratiquées par les autorités municipales, les campagnes dites de salubrité ont plutôt une visée esthétique, sinon symbolique : gagner l'appréciation positive à la fois des hôtes et

« Préparatifs du 1^{er} août 2014 à Cotonou : Léhady Soglo lance le grand toilettage de la ville », publié dans *L'Événement Précis* du 15 juillet 2014, consulté le 16 juillet 2015.

⁵³⁶ « Léhady Soglo dans la dynamique d'une ville toujours propre », publié dans *L'Événement Précis* du 13 août 2014, consulté le 5 mai 2014.

⁵³⁷ « Cotonou dans un état d'insalubrité à 72h de la fête du 1^{er} août », publié dans *24aubein* du 28 juillet 2013, consulté le 5 mai 2014.

des habitants sur l'image d'une ville propre et d'une équipe municipale compétente et attentive.

Par ailleurs, malgré la récurrence du choléra dans des quartiers riverains des berges de la lagune de Cotonou et du lac Nokoué, les autorités publiques n'ont entrepris aucune action visant à éradiquer directement la maladie. Même l'opération dite d'assainissement des berges n'a pas été fondamentalement conçue pour améliorer la situation sanitaire des populations concernées. Cette absence de préoccupation sanitaire se traduit par la dimension très circonscrite de l'opération : elle est limitée à trois quartiers, ainsi qu'à la zone d'extension du marché Dantokpa, appelée Gbogbanou, alors que la problématique est bien plus vaste. Plusieurs quartiers se sont étendus sur les berges du lac Nokoué et de la lagune. On peut citer par exemple les quartiers Enagnon, Kpankpan, Abokicodji, Dédokpo, Midombo, situés sur la rive est de la lagune de Cotonou, ou ceux de la rive sud tels que Hindé, Ladjì, Missèbo, Placodji, etc. On peut mentionner également d'autres quartiers riverains du lac Nokoué tels que Adogleta, Agbato et Agbodjedo. L'insalubrité est généralisée à l'ensemble de ces quartiers riverains du lac Nokoué et de la lagune de Cotonou, fût-ce à des degrés différents. On y retrouve particulièrement des dépotoirs d'ordures et des latrines sur pilotis, que dénoncent justement les autorités publiques. Nous avons évoqué cette question dans le chapitre 6, notamment en ce qui concerne les quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan. De plus, la prévalence du choléra et d'autres affections épidémiques dans la plupart de ces quartiers de la berge lagunaire témoigne des menaces sanitaires qui pèsent sur les populations locales.

Pourtant, l'opération menée par les autorités publiques n'a concerné que trois quartiers de la berge sur cet ensemble. Elle est essentiellement circonscrite à la zone commerciale du marché Dantokpa, à Dédokpo et à Abokicodji, ces deux derniers quartiers étant situés sur la berge est de la lagune, en face du marché. Les quartiers Enagnon, Kpankpan et Agbato, dont nous avons vu l'insalubrité, n'ont pas fait l'objet de mesures coercitives. Malgré les correspondances adressées aux chefs de quartiers au motif d'avertissement des occupants des berges, aucune action n'a été entreprise : *« La fois passée, on nous a envoyé des courriers de les avertir qu'ils seront d'ici à là délocalisés. Je l'ai fait plusieurs fois, mais rien. Si demain nous reprenons le même scénario, ils ne vont pas nous prendre au sérieux. D'ailleurs, ils ne nous prennent plus au sérieux »*⁵³⁸. Dans le quartier Agbato, par exemple, nous avons dénombré huit latrines sur pilotis, et des dépotoirs sur la berge du lac Nokoué. Dans ces

⁵³⁸ Entretien avec un chef de quartier, août 2012.

conditions, le déplacement des populations des berges de trois quartiers ne suffit pas à régler les problèmes sanitaires créés par cette insalubrité. « ... *Le gouvernement en le faisant, [en déplaçant les populations] a peut-être dit que c'est mieux pour l'état de santé de ces populations, mais si c'était vraiment le cas, c'est toute la berge, ça ne devrait pas être limité à la zone dont vous parliez tout à l'heure, la zone de Dantokpa là. Sinon, le danger est toujours là, si on laisse une partie de la population au niveau de la berge. Donc, à mon avis, il doit y avoir, peut-être, d'autres raisons. Et ce n'est que le gouvernement qui pourra répondre, nous dire sa motivation, le motif pour lequel on a dégagé les populations de cette partie-là* »⁵³⁹.

Même à l'intérieur des quartiers les plus touchés par le choléra de 2010 à 2013, tel que cela a été montré dans le chapitre 4, aucune action d'assainissement n'a été entreprise. Lors de notre dernière mission de terrain en mai 2015, nous avons constaté que les latrines publiques d'Enagnon, qui apparaissent contribuer à la diffusion du choléra dans ce quartier, n'ont fait l'objet d'aucun aménagement. Le système de gestion des déchets n'a pas été amélioré non plus, et la berge lagunaire continue de recevoir les déchets et les matières fécales. Il n'y existe pas de caniveaux d'évacuation d'eaux pluviales et usées. En saison pluvieuse, les flaques d'eau sont observables dans tout le quartier, créant un mélange avec les déchets solides ménagers. Le risque d'épidémie de choléra reste donc présent.

Seul le dépotoir d'ordures situé sur la réserve foncière du Port autonome de Cotonou (PAC), au nord du quartier, a été déplacé avec les populations qui squattaient cet espace, au profit de la construction d'une usine de production de médicaments génériques⁵⁴⁰. Ici encore, ce sont des motifs économiques qui ont été à l'origine de cette action. Les populations déplacées de ce site sont allées rejoindre celles des parties irrégulières de la plage et de la berge d'Enagnon. Le constat est le même dans les quartiers Agbato et Kpankpan, qui n'ont pas été, eux non plus, concernés par l'opération d'assainissement des berges. Les latrines sur pilotis demeurent encore la principale infrastructure d'évacuation des matières fécales par les eaux du lac Nokoué, à Agbato, en plein cœur de Cotonou.

⁵³⁹ Propos du médecin chef du centre de santé Ayélawadjè de Cotonou, lors d'un entretien du 12 juillet 2012 à Cotonou.

⁵⁴⁰ Selon les témoignages d'habitants du quartier, recueillis en mai 2015.

Conclusion du chapitre

En définitive, l'état d'insalubrité de la ville de Cotonou en général, et des quartiers de la berge lagunaire en particulier, résulte d'un ensemble de politiques publiques qui tendent à reléguer les préoccupations sanitaires à l'arrière-plan de la gouvernance urbaine. Les structures non gouvernementales auxquelles le service de gestion des déchets a été délégué manquent encore d'efficacité, avec leurs faiblesses organisationnelles et techniques. La municipalité, confrontée à des difficultés budgétaires, n'assure qu'une collecte partielle des déchets. Enfin, l'aménagement urbain, fondé sur des enjeux économiques et politiques, porte les préoccupations sanitaires de façon marginale, instrumentalisant parfois la salubrité à des fins électorales. Ce chapitre a mis en avant comment la gouvernance urbaine, « pensée globalement », comme condition de l'aide au développement (Gaudin, 2002) et de l'efficacité des politiques publiques, ne trouve qu'un ancrage local difficile, du fait du contexte socio-politique local, comme l'ont révélé les projets de gestion des déchets et d'aménagement des berges de la lagune de Cotonou. Nous avons vu comment l'interventionnisme étatique met à mal l'autonomie des collectivités locales, entraînant du coup un déficit budgétaire dans la collecte et l'évacuation des déchets. L'État central tend à maintenir la mainmise sur les compétences des collectivités, alors que la décentralisation, avec son corollaire de transfert des compétences, est une conséquence du projet de gouvernance urbaine. Parallèlement, l'exigence de la participation des habitants au projet urbain reste encore un défi de la gouvernance. On l'a observé dans la mise en œuvre du projet de gestion de déchets, où les autorités locales limitent la participation des habitants au paiement du service, alors même que cette notion implique davantage de concertation entre les acteurs (Gazzola *et al.*, 2014). Cette absence d'implication des habitants dans la prise de décision est en lien avec le refus social de paiement du service de collecte des déchets, entraînant ainsi un rejet dans l'environnement. Cela témoigne aussi de ce que les inégalités de participation aux projets environnementaux contribuent aux inégalités écologiques. Par ailleurs, lorsque les acteurs urbains sont impliqués dans des processus de concertation et de prise de décision, le pouvoir central contourne les décisions issues de ces concertations, comme c'est le cas dans le cadre de la mise en œuvre du projet d'assainissement des berges de la lagune de Cotonou. Une fois encore, l'État central affirme son pouvoir interventionniste qui nourrit des controverses autour de l'action publique et la contestation des habitants. Ces difficultés de coordination entre les acteurs intervenant dans la gouvernance urbaine permettent de relire la nature conflictuelle de toute organisation au sein de laquelle chaque acteur dispose d'une marge de manœuvre qui lui permet d'accroître son pouvoir sur les autres (Crozier, Friedberg, 1977). Elles montrent aussi

que les politiques conçues à l'international tendent à être transformées localement, en passant par différents filtres territoriaux et groupes d'acteurs, leur mise en œuvre s'écartant souvent du schéma initial (Safar Zitoun, 2014). Dans ces conditions, la gouvernance urbaine affichée à Cotonou reste un processus en construction, dans lequel les acteurs cherchent des adaptations locales. C'est d'ailleurs ce qui explique également l'instabilité institutionnelle du schéma sénégalais de la gouvernance des déchets, avec différentes tentatives de privatisation, d'étatisation et d'hybridation (Toukara, 2015).

CONCLUSION GÉNÉRALE

Peut-on comprendre les inégalités socio-spatiales de santé dans la ville de Cotonou, capitale économique du Bénin, par la notion d'effet de lieu ? Comment une pathologie ancienne comme le choléra, qui a marqué les pays industrialisés tout au long du XIX^e siècle peut-elle être le révélateur d'inégalités socio-économiques, écologiques et de disparités d'accès aux ressources et aménités urbaines dans une ville africaine au début du XXI^e siècle ? Telles sont les principales questions problématisées dans cette thèse.

L'émergence et le développement des épidémies de choléra au Bénin, et dans l'ensemble des pays d'Afrique au sud du Sahara, sont symptomatiques de la persistance de pathologies infectieuses et parasitaires alors qu'apparaissent de nouvelles maladies chroniques, caractéristiques des pays industrialisés. L'Afrique fait donc face à un cumul de pathologies, ce qui oblige à relativiser la théorie de la transition épidémiologique développée par Abdel Omran (1975).

A partir d'une approche socio-historique du choléra dans les pays industrialisés, nous avons montré que cette pathologie s'est développée dans des conditions socio-économiques et politiques caractérisées par la précarité des conditions de vie des classes ouvrières, l'ignorance de son étiologie, les conflits armés, etc. Les troupes militaires, à l'occasion de guerres, ont joué un rôle dans la diffusion pandémique du choléra et son introduction en Europe occidentale dès 1831-1832 par les soldats russes intervenus en Pologne. La maladie a prospéré dans les villes occidentales comme Paris, Londres, New York, Milan, etc., en trouvant son ancrage dans des quartiers défavorisés, dans lesquels les classes ouvrières s'entassaient dans des logements insalubres, sans eau potable et sans hygiène. L'ignorance de l'étiologie du choléra, qui s'est traduite entre autres par la conception miasmatique de la maladie et l'affrontement idéologique entre le contagionisme et l'infectionnisme, a contribué à faire prospérer le choléra avec pour conséquence une forte mortalité jusqu'à la découverte du vibrion cholérique par Robert Koch en 1889 (Bourdelaïs, Dodin, 1987, p. 50). Cette découverte a permis aux pays industrialisés de mettre en place un certain nombre de mesures politiques afin de maîtriser les épidémies. Il s'agit, entre autres, de cordons sanitaires aux frontières, des mesures de quarantaine pour contrôler les navires et les voyageurs en provenance de pays touchés, le recours à l'urbanisme pour assainir les villes et généraliser l'accès à l'eau potable, etc. (Lévy, 2012).

Si le choléra africain de la septième pandémie se développe dans des conditions socio-économiques et politiques similaires à celles qui l'ont favorisé au XIX^e siècle dans les pays industrialisés, les facteurs de sa persistance dans les pays africains et au Bénin en particulier trouvent aussi leur fondement, non seulement dans la dégradation du milieu naturel qui offre au vibron cholérique un espace de son développement endémique, mais aussi dans la pauvreté urbaine et dans l'inefficacité de mesures politiques non-intégrées, partielles et sporadiques.

L'étude approfondie du choléra dans la ville de Cotonou au Bénin entre 2010 et 2014 relève la complexité des facteurs de son développement épidémique. Dans ces conditions, la compréhension des mécanismes socio-économiques et politiques, avec un soubassement environnemental, favorables au développement de cette pathologie, a nécessité le recours à une pluralité de méthodes reposant sur une approche qualitative, associant des outils de la sociologie, de la géographie, de l'épidémiologie et de l'anthropologie. Nous avons utilisé plusieurs corpus émanant de l'enquête par questionnaire, des entretiens, de l'observation directe du cadre de vie, de documents administratifs, ainsi que la presse. Le questionnaire nous a permis de mesurer les indicateurs précis de conditions de vie des ménages de malades cholériques et de ménages témoins, avec des questions ouvertes pour appréhender leurs représentations de la maladie du choléra. Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs avec trois groupes d'acteurs, que sont les élus locaux des quartiers étudiés, les autorités sanitaires impliquées dans la prévention et la lutte contre le choléra et les parents de défunts cholériques. Enfin, les articles de presse et les documents administratifs ont facilité une vue d'ensemble sur les politiques publiques, notamment dans le domaine de l'environnement et de la santé publique, ainsi que la restitution de certains épisodes saillants.

Par cette thèse, nous espérons avoir contribué à une meilleure compréhension des inégalités écologiques urbaines à l'aune d'une pathologie infectieuse. Le choléra, en tant que risque sanitaire d'origine environnementale, se développe dans les conditions caractérisées par un manque d'hygiène et d'assainissement (eaux usées, déchets, excréta, etc.). L'incidence différentielle du choléra sur les groupes sociaux traduit alors des inégalités écologiques. En mobilisant la notion d'effet de lieu, nous avons appréhendé les inégalités écologiques comme liées à l'interaction entre les facteurs environnementaux, socio-économiques et politiques.

En effet, les quartiers défavorisés de Cotonou les plus exposés au choléra cumulent les inégalités écologiques sous toutes leurs formes, qu'il s'agisse d'inégalités d'exposition aux

nuisances environnementales, d'accès aux aménités urbaines, de pouvoir d'interpellation de la puissance publique face aux nuisances environnementales et de participation à des projets environnementaux (Theys, 2007 ; Faburel, La Branche, 2008 ; Christen, Hamman, 2015).

Notre recherche a d'abord relevé l'effet combiné du milieu et des conditions socio-économiques dans les inégalités écologiques. L'analyse spatiale de l'incidence du choléra dans la ville de Cotonou a montré que les arrondissements ayant enregistré les plus fortes incidences sont ceux situés sur les berges du lac Nokoué et de la lagune de Cotonou. Toutefois, la maladie s'exprime davantage dans ceux d'entre eux qui sont les plus touchés par « l'extrême pauvreté », alors que son effet est atténué dans le cas d'une composition sociale plus favorable. Cependant, dans l'interaction, l'effet de milieu se révèle prépondérant par rapport à celui du statut socio-économique des habitants, certains arrondissements parmi les plus pauvres de la ville ayant enregistré de faibles incidences du choléra, parce que situés sur des espaces moins humides.

L'exposition différenciée aux nuisances environnementales traduit aussi le rapport aux déchets et les représentations sociales du propre et du sale, qui marquent une différenciation sociale entre les classes aisées et celles populaires, ces dernières s'accommodant mieux à la puanteur (Corbin, 1985). Dans les quartiers défavorisés des berges du lac Nokoué et de la lagune de Cotonou, le déchet, cet objet portant l'idée de déchéance, de chute, évoquant la puanteur, la saleté (Cavé, 2015, p. 22), fait l'objet d'usages sociaux. Les déchets solides ménagers sont récupérés, souvent même rachetés, pour servir de matériaux d'aménagement urbain. Ils servent à remblayer les berges pour fabriquer de l'espace susceptible d'abriter des habitations. Ainsi, ces ordures devenues ressources (Barles, 2005), jonchent-elles le cadre de vie, avec les risques sanitaires dont elles sont porteuses. Ces pratiques d'évacuation des déchets dans l'espace public des quartiers témoignent aussi de la perception de l'espace public comme appartenant à tous et donc à personne (Guitard, 2015), espace auquel ne sont pas appliquées les catégories du propre et du sale. Celles-ci sont plutôt mobilisées dans les espaces domestiques et le rapport au corps. C'est ce qui explique que l'espace public, les latrines à fosse publiques et même privées, dans des concessions à plusieurs appartements locatifs, laissées insalubres, et les dépotoirs d'ordures, soient les sources d'émergence du choléra.

Ces résultats apportent un nouvel éclairage sur les préoccupations des populations pauvres vis-à-vis de l'environnement. Même si « l'écologisme des pauvres » développé par Joan

Martinez Alier ([2002], 2014), comme traduction du mouvement américain de l'*environmental justice*, met en avant les luttes des groupes sociaux défavorisés pour la protection des ressources naturelles d'où ils tirent leurs subsistances, les populations défavorisées des milieux urbains, notamment d'Afrique subsaharienne, portent moins de préoccupations à la protection de l'environnement et des écosystèmes urbains. Confrontés à des conditions de vie précaires, ces groupes sociaux exploitent l'environnement, non seulement comme source de subsistance, mais aussi et surtout comme réceptacle de déchets de tout genre. On l'observe nettement dans les quartiers riverains des plans d'eau, où eaux usées, excréta, déchets solides, etc., sont déversés dans le lac et la lagune de Cotonou quotidiennement, remettant ainsi en question la notion de développement durable, tant vantée par les autorités publiques⁵⁴¹. A la différence de « l'écologisme des pauvres », qui traduit d'ailleurs souvent d'abord des réalités rurales, la prise de conscience des populations urbaines face aux risques environnementaux est mise à mal par la précarité des conditions socio-économiques.

On voit ainsi apparaître la nécessité de contextualiser les études sur les rapports des populations défavorisées à l'environnement. Car ceux-ci dépendent de leurs « *capabilités* », c'est-à-dire leur capacité à réaliser la vie à laquelle elles aspirent (« *les fonctionnements* »), comme lire, écrire, disposer d'un emploi, vivre dans un environnement sain, etc. (Sen, 1999). En tant que différentes combinaisons possibles des « *fonctionnements* », les capabilités sont liées non seulement aux caractéristiques individuelles mais aussi aux ressources qu'offre le territoire pour l'accomplissement des droits formels. Ainsi, dans le domaine de l'environnement, le fait que les classes populaires adoptent des comportements écologiques dans les pays industrialisés, en France notamment, comme le montre Paul Ariès (2005) en ce qui concerne le travail, la consommation, la conception de l'espace, le rapport au temps, etc., suppose d'abord l'existence de potentialités urbaines favorables (services de déchets, transports en commun, emploi, espaces verts, etc.). Or, la ville de Cotonou présente un autre cas de figure, où les classes défavorisées cumulent les manques.

L'absence relative de préoccupations environnementales des groupes sociaux défavorisés de Cotonou trouve ainsi, dans une large mesure, son fondement dans les politiques publiques, qui

⁵⁴¹ Les gouvernements successifs du Bénin ont inscrit le développement durable comme l'une de leurs priorités ces dix dernières années. Cela s'est traduit par la création de postes ministériels consacrés à cette thématique : ministère à la Présidence chargé des objectifs du développement durable sous le régime du Président Boni Yayi (2006-2016) ; et ministère du cadre de vie et du développement durable depuis l'élection du Président Patrice Talon en avril 2016.

contribuent aux inégalités écologiques. En effet, si le Bénin s'est toujours positionné en faveur des décisions prises au niveau international pour la protection de l'environnement (Conférence de Stockholm en 1972, Sommet de la terre à Rio en 1992, etc.), ce qui s'est traduit par l'élaboration et l'adoption de divers documents et normes environnementaux (Code de l'hygiène publique en 1987, Loi-cadre sur l'environnement en 1999, etc.), le pays ne met pas encore en œuvre une politique de « santé et environnement », telle que recommandée par la Déclaration de Libreville en 2008 sur la santé et l'environnement en Afrique. Les recommandations liées à la gestion des déchets, à la qualité de l'eau, etc., relèvent encore plus d'un engagement international que d'une politique réelle d'amélioration des conditions socio-sanitaires des populations urbaines. Ainsi, ces dernières, et les groupes sociaux les plus défavorisés en particulier, ont-elles un accès limité au service de collecte de déchets, d'évacuation des eaux usées et des excréta. Dans ces conditions, elles mettent en place des pratiques locales autonomes d'assainissement (latrines rudimentaires, évacuation des déchets dans l'espace public, etc.) porteuses de nuisances environnementales.

Ce décalage entre l'élaboration d'une politique de « santé environnement » et sa mise en œuvre se marque également par l'usage tronqué de références « néo-hygiénistes » dans la lutte contre le choléra. Cette reconvocation partielle de l'hygiénisme se matérialise par le recours presque exclusif aux campagnes de communication dans la politique de lutte contre le choléra, alors même que l'hygiène intègre aussi des mesures sociales et urbanistiques, comme le recommande d'ailleurs la notion de promotion de la santé mise en avant dans la Charte d'Ottawa (OMS, 1986). Celle-ci, bien que mobilisant aussi les campagnes de communication, recommande la prise en compte de l'ensemble des déterminants de la santé, tels que le logement, l'éducation, l'alimentation, le cadre de vie, les ressources, etc. Une certaine occultation des conditions socio-économiques de production des comportements à risque cholérique peut donc aussi expliquer la persistance des épidémies. Car les populations continuent à vivre dans des conditions socio-économiques précaires, avec des connaissances erronées de l'étiologie du choléra, celles-ci se traduisant, entre autres, par la désignation de boucs-émissaires et l'auto-médication.

Ces situations mettent finalement à nu les difficultés de reproduction locale de politiques pensées au « global ». La gouvernance urbaine, notamment dans le domaine de l'environnement, a été largement conçue pour les pays africains par les bailleurs de fonds internationaux comme la Banque mondiale, faisant appel à un partenariat public-privé, à la décentralisation et à la participation citoyenne (Hilgers, 2008 ; Mboumba, 2013). Sa mise en

œuvre s'affronte dès lors au contexte socio-politique local caractérisé par le centralisme étatique, les faiblesses techniques et organisationnelles des acteurs privés – impliqués notamment dans la gestion des déchets – et la faible implication des habitants. Ainsi, les rapports entre les acteurs de la gestion de l'environnement urbain sont-ils fréquemment conflictuels.

De fait, les tensions entre l'État central et la municipalité de Cotonou au sujet du transfert des compétences aux nouvelles collectivités locales produisent des effets sur la salubrité urbaine. Le pouvoir central continue d'avoir la mainmise sur les ressources fiscales de la municipalité de Cotonou, contribuant ainsi à un financement déficitaire de la collecte des déchets. En retour, la municipalité de Cotonou mobilise les déchets comme outils de revendication politique ; cela se traduit notamment par son refus de collecter les déchets, en particulier au niveau du plus grand marché de la ville, dont la gestion est assurée par le pouvoir central alors qu'il relève légalement des compétences communales.

Le déficit de financement est aussi observé dans la pré-collecte domiciliaire, dont le coût devrait être supporté par les habitants sous forme de « participation citoyenne », selon la logique du « pollueur-payeur ». On note ainsi dans divers contextes, la tendance à la « financiarisation » de la participation citoyenne aux projets environnementaux, comme le montrent aussi Guillaume Christen et Philippe Hamman (2015), pour le cas de la transition énergétique en Alsace (France), où l'implication des habitants à la mise en place de l'énergie éolienne par exemple est déclinée sous forme d'actionnariat « populaire ». Or, les modes d'organisation de cet instrument, occultant la diversité des contextes sociaux et locaux, peuvent produire des inégalités d'implication (*idem.*). A Cotonou, une grande partie des citoyens, notamment dans les quartiers défavorisés, affichent une opposition à cette forme de participation « forcée », car sa mise en place n'a pas fait l'objet de concertation entre les acteurs institutionnels et les habitants. Ainsi, les ONGs chargées de la pré-collecte sont-elles confrontées à des difficultés financières et matérielles. Elles offrent dans ces conditions un service limité aux ménages solvables, le reste se débarrassant des ordures dans l'environnement. On l'a vu, ce refus de paiement du service de pré-collecte de déchets est en lien non seulement avec les conditions socio-économiques des habitants des quartiers défavorisés, mais aussi avec le rapport au propre et au sale entraînant une césure entre l'espace privé et l'espace public.

Si les énoncés d'une gouvernance urbaine pouvaient laisser accroire un certain partage des rôles et des interactions plus fluides, l'État central tend à rester le maître du jeu et à réduire la participation des habitants dans la prise de décision en ce qui concerne la gestion urbaine, participation souvent perçue alors dans les pays africains, comme c'est le cas dans les villes du Maghreb, comme une contrainte supplémentaire (Safar Zitoun, 2014). Cette attitude du pouvoir central s'est révélée de façon nette dans le cadre du projet d'assainissement des berges lagunaires de Cotonou. Bien que l'opération de déplacement des occupants des berges ait fait l'objet de concertation avec les acteurs concernés, le pouvoir central, représenté par le ministère de l'Environnement, a contourné les décisions collectives et opéré au-delà des limites retenues. Cette remise en cause des démarches de consensus a nourri la contestation habitante, et a offert une occasion à l'équipe municipale de Cotonou de se positionner aux côtés des « sinistrés » en période pré-électorale. On voit ainsi apparaître l'instrumentalisation des questions sanitaires à des fins économiques et politiques, le choléra apparaissant, en trame, comme le résultat de la persistance de l'insalubrité dans la ville de Cotonou malgré les discours officiels des uns ou des autres la dénonçant.

Notre travail ouvre aussi la voie à une lecture renouvelée des mobilisations des habitants dans les milieux urbains africains. Contrairement à l'idée selon laquelle les groupes sociaux « victimes » des opérations d'aménagement dans les villes africaines protestent peu (Hilgers, 2008), notre terrain relève des formes de protestation alliant mobilisation collective et pratiques quotidiennes, telles que le réinvestissement des espaces « nettoyés », l'organisation d'une journée-anniversaire et même de culte religieux. Toutes ces manifestations convoquent le registre de l'autochtonie pour justifier l'occupation spatiale et la propriété foncière.

Le choléra apparaît finalement comme un « fait social total ». C'est dans *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques* que Marcel Mauss (1923-1924) met en avant cette notion pour étudier la complexité des systèmes d'échange observés dans les sociétés dites archaïques. Par l'analyse des Potlachs des Indiens de la Côte Nord-Ouest et la *kula* des îles Trobriand, à l'est de la Nouvelle-Guinée, Mauss montre que le don constitue un fondement universel de la vie sociale. De plus, les « jeux » et les « épreuves » incarnés par les échanges de nourriture et la destruction des objets constituent des « phénomènes sociaux totaux ». Pour Mauss ([1950], 2013, p. 147), « dans ces phénomènes sociaux "totaux", comme nous proposons de les appeler, s'expriment à la fois et d'un coup toutes sortes d'institutions : religieuses, juridiques et morales – et celles-ci politiques et familiales en même temps ; économiques et celles-ci supposent des formes particulières de la production et

de la consommation, ou plutôt de la prestation et de la distribution ; sans compter les phénomènes esthétiques auxquels aboutissent ces faits et les phénomènes morphologiques que manifestent ces institutions ». Cette définition met l'accent, d'une part, sur la multiplicité des dimensions qui caractérisent le fait social total et, d'autre part, sur l'idée de morphologie sociale. Ces caractéristiques peuvent se retrouver dans l'analyse des épidémies de choléra dans la ville de Cotonou.

En effet, nous avons montré que le choléra est lié à l'interaction entre les facteurs spatiaux, socio-économiques et politiques, et que cette pathologie met en jeu les institutions sociales et religieuses. La maladie se développe beaucoup plus dans les milieux hydriques des berges du lac Nokoué et de la lagune de Cotonou, où se concentrent des populations au profil socio-économique défavorisé. Ces groupes sociaux sont caractérisés par une organisation socio-économique orientée vers l'informel. Si l'espace y est parfois occupé de façon illégale, le commerce informel est la forme répandue d'activité économique. Les repas de rue, vendus et consommés dans un environnement insalubre, porteur de risque cholérique, constitue une forme de production et de distribution économique caractéristique du fait social total. De plus, la dimension politique du choléra est liée non seulement au fait qu'il est favorisé par la faible accessibilité des groupes sociaux défavorisés aux infrastructures socio-sanitaires et le développement des pratiques d'assainissement autonomes, mais aussi à la mobilisation d'acteurs politiques (élus locaux, ministres, etc.) à l'occasion des épidémies. Le choléra met également en scène les institutions religieuses, que ce soit en termes de recherche étiologique auprès de pasteurs d'église, comme l'exemple évoqué des parents d'un enfant décédé, ou de conjuration du sort auprès d'imams par un ancien malade d'origine nigérienne. Toutes ces pratiques visent à rétablir l'ordre social « perturbé », par le biais de rituels expiatoires.

Par ailleurs, le fait social total, manifeste, selon Mauss (*idem.*), une dimension morphologique, que peut rendre compte la morphologie sociale. Pour Durkheim (1909, p. 11), la morphologie sociale, ayant pour objet la forme extérieure et matérielle de la société, constitue une branche de la sociologie. Car « *les dimensions [d'un territoire], sa configuration, la composition de la population qui se meut sur sa surface sont naturellement des facteurs importants de la vie sociale ; c'en est le substrat et, de même que, chez l'individu, la vie psychique varie suivant la composition anatomique du cerveau qui la supporte, de même les phénomènes collectifs varient suivant la constitution du substrat social* ». Cette idée du lien entre forme matérielle des groupements humains et activités sociales est renforcée chez Marcel Mauss (2013 [1950]) lorsqu'il montre comment l'organisation sociale des

Eskimos change suivant les saisons. Si la morphologie sociale a occupé une place non négligeable dans les travaux d'Émile Durkheim et de Marcel Mauss, c'est Maurice Halbwachs qui y a consacré un ouvrage, dans lequel il définit clairement les « structures et formes de la société » (1938, p. 7) : la distribution de la population sur la surface du sol ; les différences de genre, de composition par sexe et âge ; la conscience que la société prend d'elle-même, la réalité de la vie psychologique ; et enfin les formes matérielles des organes de la société, de ses institutions. On retrouve dans l'idée de morphologie sociale chez Halbwachs une forte dimension démographique, qui ressort également des travaux d'Émile Durkheim et de Marcel Mauss, comme en témoigne le résumé fait par Philippe Boudes (2011, p. 205) : le substrat matériel d'une société est sa base géographique dans ses rapports avec l'organisation sociale, le volume, la densité et la disposition de la population sur le sol.

En tant que fait social total, le processus de production et de propagation du choléra se manifeste dans la morphologie de la ville de Cotonou. D'abord, ses caractéristiques physiques et démographiques, une ville bâtie sur un site indondable et entourée de plans d'eau, concentrant une forte population, ayant la densité humaine la plus élevée du pays, ont constitué des facteurs du choléra. La distribution inégale des cas dans l'ensemble de la ville, et la concentration des malades dans les quartiers défavorisés des berges lagunaires révèlent aussi les interactions entre l'organisation sociale de la ville et son milieu physique.

Enfin, la morphologie sociale évoque le rassemblement, la concentration sociale (Wendling, 2010, p. 92). Les faits sociaux totaux « *assemblent tous les hommes d'une société et même les choses de la société à tous points de vue et pour toujours...* » (Mauss [1934], 1969, p. 303). La caractéristique morphologique du choléra se traduit de ce fait par sa dimension collective. Les épidémies touchent un grand nombre d'individus et mobilisent l'ensemble de la société pour la prise en charge des malades, mais aussi la prévention de la propagation. Comme on l'a vu dans le cas de Cotonou, chaque début d'épidémie rassemble parents de malades, médecins, acteurs paramédicaux, presse, etc., pour l'organisation de séances de sensibilisation dans les quartiers défavorisés, et les malades sont regroupés pour leur prise en charge. Les épidémies sont aussi l'occasion de distribution d'eau potable, et de manifestations de la solidarité collective.

Cette thèse permet finalement de relire la notion d'injustice environnementale qui fait aujourd'hui l'objet d'usages nombreux. Les inégalités écologiques dans le contexte africain, analysées par le cas béninois, n'apparaissent pas liées de façon mécanique à des inégalités

raciales ou ethniques comme il a été souligné pour certaines villes des États-Unis d'Amérique (Bullard, 1990) ; elles reflètent, de façon plus complexe, des inégalités socio-spatiales, c'est-à-dire les différences de conditions socio-économiques entre les territoires urbains et les groupes sociaux qui y vivent. Car, comme on l'a vu pour le cas de Cotonou, le choléra se développe davantage dans les quartiers défavorisés, composés d'un mélange de groupes socio-ethniques, aussi bien d'origine nationale qu'extra-nationale, et marqués par des carences en services socio-sanitaires. Dans ces conditions, l'injustice environnementale peut s'appréhender comme une traduction locale d'injustices sociales.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Abega Séverin Cécile, Abe Claude, « Approches anthropologiques de la sorcellerie », de Rosny Eric (sous la dir.), *Justice et Sorcellerie*, Paris, Karthala, 2006, pp. 33-45.

Accardo Alain, Corcuff Philippe, *La Sociologie de Bourdieu. Textes choisis et commentés*, Bordeaux, Le Mascaret, 1986, 247 p.

Ag Bendeche *et al.*, « Alimentation de rue, mutations urbaines et différenciations sociales à Bamako (Mali) », *Sciences sociales et santé*, vol. 16, n° 2, 1998, pp. 33-59.

Aïach Pierre, « De la mesure des inégalités : enjeux sociopolitiques et théoriques », Leclerc Annette *et al.* (sous la dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Editions La Découverte et Syros, 2000, pp. 83-91.

Alpe *et al.*, *Lexique de Sociologie*, 3ème édition, Dalloz, 2010, p. 67.

Amouzoun Emmanuel, *Initiatives d'assainissement local des déchets solides urbains et persistance de l'insalubrité dans le sixième arrondissement de Cotonou (Bénin) : jeux d'acteurs et logique d'orientation stratégique de la mairie*, Mémoire de maîtrise en Sociologie-Anthropologie, Université d'Abomey-Calavi, 2009.

Anderson Nels, *Le Hobo : sociologie du sans abri*, Paris, Nathan, 1993, 319 p.

André Pierre *et al.*, « L'apport des sciences sociales en santé environnementale », Gérin Michel *et al.* (sous la dir.), *Environnement et santé publique. Fondements et pratiques*, Paris, Éditions Tec&Doc, 2003, pp. 227-276.

Arango Luisa, *Ethnographies de la gestion de l'eau à Tuti (Khartoum, Soudan) et Caño de Loro (Carthagène, Colombie). Histoire, localité et politique dans une perspective d'anthropologie urbaine comparée*, Thèse de doctorat, Université de Paris 8, 2015, 445 p.

Ariès Paul, *Écologie et cultures populaires. Les modes de vie populaires au secours de la planète*, Paris, Éditions Utopia, 2015, 240 p.

Arwidson Pierre, « Prévention », Fassin Didier, Hauray Boris (sous la dir.), *Santé publique. L'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2010, pp. 351-360.

Assako Assako René Joly, « Les épidémies de choléra à Douala et au Cameroun : entre la pauvreté urbaine et la défaillance du système de gestion de l'environnement urbain », Dorrier-Apprill Elisabeth (sous la dir.), *Ville et Environnement*, Paris, Éditions Sedes, pp. 365-374.

Aschan-Leygonie Christina, Baudet-Michel Sophie, « Les inégalités de santé respiratoire entre les villes. Dimensions socio-économiques et environnementales », *Métropolitiques*, 9 juin 2014. URL : <http://www.metropolitiques.eu/Les-inegalites-de-sante.html>.

Assogba-Miguel Virginie, « Agriculture urbaine et péri-urbaine à Cotonou », *Bulletin de la Recherche agronomique*, n° 27, 1999.

Assogba L. Philippine, *Étude de l'influence du lac Nokoué et du chenal sur les inondations dans la ville de Cotonou au Bénin*, Diplôme d'ingénieur de conception en aménagement et protection de l'environnement, Université d'Abomey-Calavi, Bénin, 2010.

Augé Marc, Herzlich Claudine (sous la dir.), *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*, Paris, Edition les archives contemporaines, 1984, 278 p.

Authier Jean-Yves *et al.* (sous la dir.), *Le Quartier. Enjeux scientifiques, actions politiques et pratiques sociales*, Paris, La Découverte, 2007, 304 p.

Bacqué Marie-Hélène, Lévy Jean-Pierre, « Ségrégation », Marchal Hervé, Stébé Jean-Marc (sous la dir.), *Traité sur la ville*, Paris, Presses universitaires de France, 2009, pp. 303-352.

Badahoui Amoussa *et al.*, « Les causes de la dégradation du chenal de Cotonou », *International Journal of biological and chemical sciences*, n° 3, October 2009, pp. 979-997.

Baehrel René, « La haine des classes en temps d'épidémie », *Annales Economies, Sociétés, Civilisations*, vol. 7, n° 3, 1952, pp. 351-360.

Bailoni Mark, « Les inégalités territoriales et les enjeux géopolitiques de la santé au Royaume-Uni », *Hérodote*, vol. 4, n° 143, 2011, pp. 162-183.

Balandier Georges, *Le désordre, éloge du mouvement*, Paris, Fayard, 1988, 252 p.

Ballet Jérôme *et al.*, « La soutenabilité sociale du développement durable : de l'omission à l'émergence », *Mondes en développement*, n°156, 2011, pp. 89-110.

Balez Anna, Reunkrilerk Juliette, « Écosystèmes et territoires urbains : impossible conciliation ? », *Développement durable et territoires* [En ligne], vol. 4, n° 2, Juillet 2013, mis en ligne le 16 juillet 2013, consulté le 06 avril 2016. URL : <http://developpementdurable.revues.org/9853>.

Bangui Thierry, *La ville, un défi du XXI^e siècle. Essai sur les enjeux du développement urbain en Afrique*, Paris, L'Harmattan, 2011, 256 p.

Barles Sabine, *L'invention des déchets urbains*, Paris, Editions Champ Vallon, 2005, 297 p.

Barles Sabine, « De l'hygiénisme à la santé environnementale, regards sur la ville », *Pollution atmosphérique*, numéro spécial, novembre 2010, pp. 11-21.

Barles Sabine, Guillerme André, « Ville et santé à la veille de la Révolution française aux premières interventions techniques et spatiales du XIX^e siècle », Lévy Albert (sous la dir.) *Ville, Urbanisme et santé. Les trois révolutions*, Paris, Editions Pascal, 2012, pp. 82-112.

Baron Catherine *et al.* « Une action publique éclatée dans la gestion de l'eau potable en Afrique de l'Ouest ? Compte rendu de l'atelier du programme ANR APPI, Ouagadougou, 31 octobre-2 novembre 2012 », *Journal des anthropologues*, vol. 1, n° 132-133, 2013, pp. 447-452.

Barry Mamadou, « Sécurité des riches contre besoins des pauvres ? L'aide à la santé en Afrique », *Revue Française de Socio-Économie*, vol. 1, n° 11, 2013, pp. 101-123.

Barton Hugh, Tsourou Catherine, *Urbanisme et santé. Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants*, Association internationale pour la promotion de la Santé et du Développement Durable, 2000, 194 p.

Bayat Asef, « Un-civil Society : the Politics of the «Informal People» », *Third World Quarterly*, vol. 18, n° 1, 1997, p. 57.

Bayón María Cristina, Jezioro Etienne, « Images de lieux, stigmates et représentations de la pauvreté urbaine à Mexico », *Problèmes d'Amérique latine*, vol. 5, n° 87, 2012, pp. 29-48.

Béal Vincent *et al.*, « La ville durable au risque des écoquartiers. Réflexions autour du projet New Islington à Manchester », *Espaces et sociétés*, n° 147, 2011, pp. 77-97.

Beck Ulrich, *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, trad. de l'allemand par L. Bernardi, Paris, Aubier, 2001, 521 p.

Beaud Stéphane, Weber Florence, *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, Quatrième édition augmentée, 2010, 334 p.

Besancenot Jean-Pierre, « Environnement et santé », Fleuret Sébastien *et al.* (sous la dir.), *Géographie de la santé. Un panorama*, Paris, Edition Economica, 2007, 301 p.

- Bihr Alain, Pfefferkorn Roland, *Déchiffrer les inégalités*, Paris, Syros, 2e édition, 1999, 416 p.
- Blanc Maurice, « La gouvernance », Stébé Jean-Marc, Marchal Hervé (sous la dir.), *Traité sur la ville*, Paris, PUF, 2009, pp. 207-257.
- Blalogoé Parfait, *Nouvelle orientation de la gestion des déchets solides ménagers à Cotonou : problèmes et perspectives*, Mémoire de DESS en Populations et dynamiques urbaines, Centre de formation et de recherche en matière de population, Bénin, 2003-2004, 68 p.
- Bompangue Didier, *Dynamique des épidémies de choléra dans la région des grands lacs Africains : cas de la République Démocratique du Congo. Ecologie, Environnement*. Université de Franche-Comté, 2009, 266 p.
- Bonnassieux Alain, Gangneron Fabrice, « Des mini-réseaux d'eau potable : entre enjeux politiques et arrangements locaux. Le cas de la commune de Djougou au Bénin », *Mondes en développement*, n°155, 2011, pp. 77-92.
- Bonnewitz Patrice, *Pierre Bourdieu, vie, œuvre, concepts*, Paris, Ellipses Edition Marketing S.A, 2è édition, 2009, 124 p.
- Boudes Philippe, « Morphologie sociale et sociologie de l'environnement : l'apport de Halbwachs à l'étude des relations entre les sociétés et leur milieu naturel », *L'Année Sociologique*, vol. 61, 2011, p. 201-224.
- Bourdelaïs Patrice, « L'inégalité sociale face à la mort : l'invention récente d'une réalité ancienne », Leclerc Annette *et al.* (sous la dir.), *Les Inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, 2000, pp. 125-142.
- Bourdelaïs Patrice, *et al.*, « La marche du choléra en France : 1832-1854 », *Annales Économies, Sociétés, Civilisations*, 33e année, n° 1, 1978, p.137.
- Bourdelaïs Patrice, Dodin André, *Visages du choléra*, Paris, Belin, 1987, 167 p.
- Bourdelaïs Patrice, « Richard J. Evans, Death in Hamburg. Society and Politics in the Cholera Years 1830-1910 », *Annales, Economies, Sociétés, Civilisation*, 1990, v. 45, n° 3, pp. 703-704.
- Bourdieu Pierre, Wacquant Loïc, *Réponses. Pour une anthropologie réflexive*, Paris, Le Seuil, 1992, 267 p.
- Bourdieu Pierre, *Le sens pratique*, Paris, Les Editions de Minuit, 1980, 474 p.
- Bourdieu Pierre, *La domination masculine*, Paris, Seuil, 1998, 134 p.
- Bourdieu Pierre (sous la dir.), *La misère du monde*, Paris, Edition du Seuil, 1993, 947 p.
- Bourdieu Pierre, « Effet de lieu », Bourdieu Pierre (Sous la dir.), *La misère du monde*, Paris, Edition du Seuil, 1993, pp. 159-166.
- Bourdieu Pierre, *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*, Paris, Seuil, coll. « Points-Essais », 1994, 251 p.
- Bourdieu Pierre, *Le Bal des célibataires. Crise de la société paysanne en Béarn*, Paris, Le Seuil, 2002, 320 p.
- Baxerres Carine, « L'introduction différenciée des génériques entre pays francophones et anglophones d'Afrique de l'Ouest : une illustration de la globalisation du médicament à partir du cas du Bénin », *Autrepart*, n° 63, 2012, pp. 51-68.

Britto Ana Lucia, Cardoso Audauto, « Les enjeux liés à l'occupation des berges fluviales dans la région métropolitaine de Rio de Janeiro : une analyse dans la perspective de la justice environnementale », *Flux*, vol. 3, n° 89-90, 2012, pp. 90-101.

Brossaud Claire, « Usages des TIC et rapports à l'incertitude en situation de catastrophes naturelles », *Développement durable et territoires* [En ligne], Dossier 11, 2008, mis en ligne le 06 novembre 2008, consulté le 20 janvier 2016. URL : <http://developpementdurable.revues.org/6772> ; DOI : 10.4000/développement durable.6772.

Brunet-La Ruche Bénédicte, « Discipliner les villes coloniales : la police et l'ordre urbain au Dahomey pendant l'entre-deux-guerres », *CriminoCorpus*, 2012, consulté sur www.revues.org le 16 janvier 2016.

Brunet Sébastien, Schiffino Nathalie, « La diversité des notions de risque », Brunet Sébastien *et al.* (sous la dir.), *Articuler risques, planification d'urgence et gestion de crise*, Louvain-la-Neuve, De Boeck, coll. « crisis professionnels », 2012, pp.101-114.

Buchillet Dominique, « Contact interethnique et épidémies au Brésil », *Journal International de Bioéthique*, Vol.14, 2003, pp. 81-89.

Bullard Robert, *Dumping in Dixie : Race, Class and Environmental Quality*, 3rd Edition, Westview Press, 2000, 256 p.

Burgess W. Ernest, «The growth of the city : an introduction to a research project », Park Robert, Burgess Ernest, *The city*, Chicago, University of Chicago Press, [1925], 1967, 250 p.

Cadot Emmanuel, Spira Alfred, « Canicule et surmortalité à Paris en août 2003, le poids des facteurs socioéconomiques », *Espace populations sociétés* [En ligne], 2006/2-3 | 2006, mis en ligne le 01 août 2008, consulté le 22 février 2016. URL : [/index1383.html](http://index1383.html).

Campagne Gérard *et al.*, « Information et recueil du consentement parental au Niger », *Autrepart*, (n° 28), 2003, pp. 111-124.

Cartier Stéphane *et al.*, « Introduction. Maître du monde ou maître de soi ? », Beccera Sylvia, Peltier Anne (sous la dir.), *Risques et environnement : recherches interdisciplinaires sur la vulnérabilité des sociétés*, Paris, L'Harmattan, 2009, pp. 9-20.

Castells Manuel, *La question urbaine*, Paris, François Maspero, 1972, 451 p.

Cavé Jérémie, *La ruée vers l'ordure. Conflits dans les mines urbaines de déchets*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2015, 250 p.

Chanson-Jabeur Chantal *et al.* (sous la dir.), *Politiques d'équipement et services urbains dans les villes du sud. Etude comparée*. Paris, L'Harmattan, 2004, 427 p.

Chantemesse André, Borel Frédéric, *Mouches et choléra*, Gallica, Bibliothèque nationale de France, 1906, téléchargé sur gallica.bnf.fr le 16 février 2014.

Charles Lionnel, « Santé environnementale. Nature, environnement, santé », Choné *et al.* (sous la dir.), *Guide des Humanités environnementales*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, 2016, pp. 213-222.

Charles Lionel *et al.*, « Les multiples facettes des inégalités écologiques », *Développement durable et territoires*, [En ligne], dossier 9, 2007, mis en ligne le 28 juillet 2014, consulté le 24 février 2016. URL : <http://developpementdurable.revues.org/3892>.

Chaumel Marianne, La Branche Stéphane, « Inégalités écologiques: vers quelle définition ? », *Espace populations sociétés* [en ligne], 2008, mis en ligne le 1er juin 2010, consulté le 28 décembre 2015.

Chauvin Sébastien, Jounin Nicolas, « L'observation directe », Paugam Serge (sous la dir.), *L'enquête sociologique*, Paris, PUF, 2012, pp. 143-165.

Chevalier Stéphane, Chauviré Christiane, *Dictionnaire Bourdieu*, Paris, Ellipses, 2010, p. 176.

Choné *et al.* (sous la dir.), *Guide des Humanités environnementales*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, 2016, 630 p.

Christen Guillaume, Hamman Philippe, *Transition énergétique et inégalités environnementales*, Strasbourg, Presses universitaires de Strasbourg, 2015, 228 p.

Christen Guillaume, Hamman Philippe « Associer les habitants à la transition écologique : quelle dimension participative des projets d'énergies renouvelables en Alsace ? », *Cahiers de recherche sociologique*, n° 58, 2015, pp. 119-137.

Clément Denis, Morin Georges-André, *Les 50 pas géométriques naturels des outre-mer. Préservation de la biodiversité et maîtrise foncière*, rapport rédigé pour le compte des ministères français de l'écologie et du développement durable, et de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt, Paris, novembre 2015, 124 p.

Clerval Anne, *La Gentrification à Paris Intra muros: dynamiques spatiales, rapports sociaux et politiques publiques*, thèse de doctorat, Université de Paris 1-Panthéon Sorbonne, décembre 2008.

Collet Laurent, « La presse écrite sur le web et ses lecteurs comme limites aux techniques de personnalisation de l'information », *Document numérique*, vol. 14, n°3, 2011, pp. 81-102.

Coralie Monica, Palumbo Anita Maria, « Entre singularité et similitude : Cotonou une ville en changement », *Lieux Communs*, Cahiers numéro 14 du LAUA, ENSA, Nantes, 2011, pp. 69-92.

Corbin Alain, *Le miasme et la jonquille. L'odorat et l'imaginaire social, 18^e-19^e siècles*, Paris, Aubier-Montaigne, 1982, 334 p.

Crozier Michel, Friedberg Erhard., *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*, Paris, Éditions du Seuil, 1977, 493 p.

Dabo Abdoulaye *et al.*, « Transition et spatialisation des risques parasitaires en Afrique subsaharienne. Cas des schistosomoses en milieux urbain et périurbain du district de Bamako au Mali », Boetsch Gilles *et al.* (sous la dir.), *Santé et sociétés en Afrique de l'Ouest*, Paris, CNRS Editions, 2015, pp. 277-293.

Davis Mike, *Le Pire des mondes possibles. De l'explosion urbaine au bidonville global*, Paris, La Découverte, 2006, 250 p.

Deblander Caroline, Schiffino Nathalie, « Santé environnementale et État fédéral. Quelles stratégies d'acteurs sur l'action publique belge en matière d'ondes électromagnétiques ? », *Développement durable et territoires* [En ligne], vol. 4, n°2, juillet 2013, mis en ligne le 22 mai 2014, consulté le 20 février 2016. URL : <http://developpementdurable.revues.org/9807> ; DOI : 10.4000/developpement durable.9807

Debout Lise, « « Réseau Mou » et intégration urbaine. Particularités du service de gestion des déchets ménagers », *Flux*, n° 87, 2012, pp. 7-17.

Debout Lise, « Repenser les modèles de développement durable dans les pays arabes. Une puissance locale inattendue », Hajek Isabelle, Hamman Philippe, *La gouvernance de la ville durable entre déclin et réinventions. Une comparaison Nord/Sud*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014, pp. 143-166.

Dedet Jean-Pierre, *Les Epidémies. De la peste noire à la grippe A/H1N1*, Paris, Dunod, 2010, 222 p.

Delaporte François, *Le Savoir de la maladie : Essai sur le choléra de 1832 à Paris*, Paris, PUF, 1990, 194 p.

Delaporte François, *Les Epidémies*, Cité des sciences et de l'industrie Pocket, 1995, 126 p.

Delaporte François, « Le choléra : présent et passé », *Communications*, vol.66, 1998, pp. 75-85.

De Loenzien Myriam, *Connaissances et attitudes face au VIH/SIDA*, Paris, L'Harmattan, 2002, 290 p.

Déneux-Tharaux Catherine, *et al.*, « Surmortalité maternelle des femmes de nationalité étrangère en France et qualité de soins Obstétricaux : étude nationale 1996-2001 » Institut de Veille sanitaire, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 9, 3 mars 2009, pp. 77-79.

Deparcieux Antoine, *Essai sur les probabilités de la durée de la vie humaine*, Collection : Classiques de l'Économie et de la Population, 1746, réédité par L'Institut National d'Études Démographiques, Paris, 2003, 420 p.

Devreux Anne-Marie, « Pierre Bourdieu et les rapports entre les sexes : une lucidité aveuglée », Chabaud-Rychter Danielle *et al.* (sous la dir.), *Sous les sciences sociales, le genre. Relectures critiques de Max Weber à Bruno Latour*, Paris, La Découverte, 2010, pp. 77-93.

Diallo Mamadou, « Usages et usagers de l'eau et de l'électricité dans trois quartiers de Conakry », Chanson-Jabeur Chantal *et al.*, (sous la dir.), *Politiques d'équipement et services urbains dans les villes du sud. Etude Comparée*, Paris, L'Harmattan, 2004, pp. 295- 326.

Dorier-Apprill Elisabeth, Meynet Cécilia, « Les ONG : Acteurs d'une « gestion disputée » des services de base dans les villes africaines ? », *Autrepart*, vol. 3, n°35, 2005, pp. 19-37.

Dorier-Apprill Elisabeth (sous la dir.), *Ville et Environnement*, SEDES, Paris, 2006, 512 p.

Dorier-Apprill Elisabeth, « Gestion de l'environnement urbain et municipalisation en Afrique de l'Ouest : le cas de Mopti (Mali) », *Autrepart*, 2002, vol.1, n°21, pp. 119-134.

Dorier-Apprill Elisabeth, Meynet Cécilia., « Les ONG : Acteurs d'une « gestion disputée » des services de base dans les villes africaines ? », *Autrepart*, n° 35, 2005, pp. 19-37.

Dorier-Apprill Elisabeth, « La gestion de l'eau et des déchets dans les PVD, entre modèles exogènes et pratiques populaires », Dorier-Apprill Elisabeth (sous la dir.), *Ville et Environnement*, SEDES, Paris, 2006, pp. 385-412.

Dos Santos Stéphanie, « Les risques sanitaires liés aux usages domestiques de l'eau. Représentations sociales mossi à Ouagadougou (Burkina Faso) », *Natures Sciences Sociétés*, vol. 19, 2011, pp. 103-112.

Douba Alfred *et al.*, « Facteurs socio-démographiques associés à la vaccination incomplète des enfants de 12 à 59 mois dans six pays d'Afrique de l'ouest », *Santé Publique*, vol. 27, 2015, pp. 723-732.

Douglas Mary, *De la souillure : Essai sur les notions de pollution et de tabou*, [1967], Paris, La Découverte, 1992, 193 p.

Drabo Koiné Maxime *et al.*, « Pratiques de prévention antipaludique dans les zones périurbaines de deux districts sanitaires du Burkina Faso », *Santé Publique*, 2014, vol. 26, n°5, pp. 679-684.

- Dubois Vincent, « Ethnographier l'action publique. Les transformations de l'État social au prisme de l'enquête de terrain », *Gouvernement et action publique*, n° 1, 2012, pp. 83-101.
- Dubresson Alain, Raison Jean-Pierre, *et al.*, *L'Afrique Subsaharienne. Une géographie du changement*, Paris, Armand Colin, 2011, 269 p.
- Durand Mathieu, « Mesurer les inégalités environnementales et écologiques dans les villes en développement : déchets et eaux usées à Lima », *Flux*, n°89-90, 2012, pp. 67-78.
- Durand Mathieu, Jaglin Sylvie, « Inégalités environnementales et écologiques : quelles applications dans les territoires et les services urbains ? », *Flux*, n° 89-90, 2012, pp. 4-14.
- Durkheim Émile, « Sociologie et sciences sociales. », *De la méthode dans les sciences*, Paris: Félix Alcan, 1909, pp. 259-285.
- Durkheim Emile, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Quadrige, PUF, 1992, 111 p.
- Duthé Géraldine, « Recrudescence du paludisme au Sénégal : la mesure de la mortalité palustre à Mlomp », *Population*, vol. 63, 2008, pp. 505-530.
- Elias Norbet, *La dynamique de l'Occident*, Paris, Calmann-Lévy, 1975, 318 p.
- Emelianoff Cyria., « Connaître ou reconnaître les inégalités environnementales », *ESO, Travaux et Documents*, n°25, décembre 2006, pp. 35-43, consulté sur <http://eso.cnrs.fr/actualite.html#revueEso1>, le 29 décembre 2015.
- Emelianoff Cyria, « La ville durable : l'hypothèse d'un tournant urbanistique en Europe », *L'information géographique*, vol.71, 2007, pp. 48-65.
- Etemad Bouda, « Pour une approche démographique de l'expansion coloniale de l'Europe », *Annales de démographie historique*, n° 113, 2007, pp. 13-32.
- Evans Richard, *Death in Hamburg. Society and Politics in the Cholera Years 1830-1910*, Oxford, Clarendon Press, 1987, 676 p.
- Fabre Gérard, *Epidémies et Contagions. L'imaginaire du mal en occident*, Paris, PUF, 1998, 240 p.
- Faron Olivier, « Le choléra à Milan en 1836 », *Epidémies et populations*, Paris, Edition Odile Jacob, 1998, pp. 89-114.
- Ela Jean-Marc, *La ville en Afrique Noire*, Paris, Karthala, 1983, 219 p.
- Faburel Guillaume, « Inégalités environnementales. Injustices environnementales et urbaines. Des valeurs de l'action à une cosmopolitique pour l'agir », Choné Aurélie *et al.* (sous la dir.), *Guide des Humanités environnementales*, Paris, Presses universitaires du Septentrion, 2016, pp. 529-543.
- Fainzang Sylvie, « Les inégalités au sein du colloque singulier : l'accès à l'information », *Les Tribunes de la santé*, 2014, n° 43, pp. 47-52. DOI : 10.3917/seve.043.0047.
- FAO, *L'État de l'insécurité alimentaire dans le monde. Créer un environnement plus propice à la sécurité alimentaire et à la nutrition*, Rapport 2015, 62 p.
- Fassin Didier, Fassin Eric, « La santé publique sans l'État ? Participation communautaire et comité de santé au Sénégal », *Tiers-Monde*, 1989, tome 30 n°120, pp.881-891.
- Fassin Didier (sous la dir.). *Les Figures urbaines de la santé publique. Enquête sur les expériences locales*, Paris, La Découverte, 1998, 238 p.
- Fassin Didier, « Qualifier les inégalités », Leclerc Annette *et al.* (sous la dir.), *Les Inégalités sociales de santé*, Paris, Edition la Découverte, 2000, pp.123-144.

- Fassin Didier, *Faire la santé publique*, Paris, Presse de l'EHEPS, 2008, 80 p.
- Fassin Didier, *Problèmes politiques et sociaux. Inégalités et santé*, La documentation française, Paris, n° 960, mai 2009, pp. 40-42.
- Fassin Didier, Hauray Boris (sous la dir.), *Santé publique. L'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2010, 556 p.
- Finken Martin, *Gouvernance communale en Afrique et au Cameroun*, Paris, L'Harmattan, 2011, 324 p.
- Faron Olivier, « Le choléra à Milan en 1836 », *Annales de démographie historique*, Paris, Editions Odile Jacob, 1997, pp 89-114.
- Fijalkow Yankel, « L'hygiénisme au chevet de la ville malade », Lévy Albert (sous la dir.), *Ville, urbanisme et santé. Les trois révolutions*, Paris, Editions Pascal, 2012, pp. 113-136.
- Forbat Julien, « De la spécificité du concept de santé environnementale vis-à-vis du développement durable », *Développement durable et territoires* [En ligne], Vol. 5, n°2, Juin 2014, mis en ligne le 20 juin 2014, consulté le 29 mars 2016. URL : <http://developpementdurable.revues.org/10241> ; DOI : 10.4000/developpementdurable.10241
- Forget Gilles, Lebel Jean, « Approche écosystémique à la santé humaine », Gérin Michel *et al.*, (sous la dir.), *Environnement et Santé Publique, Fondements et Pratiques*, Paris, Éditions Tec & Doc, 2003, pp. 593-638.
- Foucault Michel, *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France. 1978-1979*, Paris, Gallimard/Seuil, 2004, 355 p.
- Frantz Fanon, *Les Damnés de la terre*, Paris, Maspero, 1968.
- Frioux Stéphane, « Aux origines de la ville durable : améliorer l'environnement urbain en France, fin XIX^e – milieu XX^e siècles », *Annales des Mines - Responsabilité et environnement*, vol. 4, n°52, 2008, pp. 60-67.
- Gaimard Maryse, « Santé, morbidité et mortalité des populations en développement », *Mondes en développement*, n° 142, 2008, pp. 23-38.
- Gaudin Jean Pierre, *Pourquoi la gouvernance ?* Paris, Presse de Science Po, La Bibliothèque du Citoyen, 2002, 137 p.
- Gazzola Antida *et al.*, « De la gouvernance à la participation : deux exemples de projet de développement durable de pays d'Europe du Nord et pays méditerranéens », Hajek Isabelle, Hamman Philippe (sous la dir.), *La gouvernance de la ville durable entre déclin et réinventions. Une comparaison Nord/Sud*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014, pp. 167-191.
- Gbary Raphael *et al.*, « Les Déterminants de la faible létalité de l'épidémie de choléra dans le Littoral au Bénin en 2008 », *Santé Publique*, 2011, Vol. 23, pp. 345-358.
- Gbinlo Roch, *Organisation et financement de la gestion des déchets ménagers dans les villes de l'Afrique Subsaharienne : le cas de la ville de Cotonou au Bénin*. Economies et finances. Université d'Orléans, 2010, 238 p.
- Gérin Michel *et al.* (sous la dir.), *Environnement et santé publique. Fondements et pratiques*, Paris, Éditions Tec&Doc, 2003, 1023 p.
- Gervais-Lambony Philippe., *De Lomé à Harare, le fait citoyen*, Paris, Karthala-IFRA, 1994, 472 p.

Gilbert Claude, « La vulnérabilité : une notion vulnérable ? A propos des risques naturels », Beccerra Sylvie, Peltier Anne, *Risques et environnement : recherches interdisciplinaires sur la vulnérabilité des sociétés*, Paris, L'Harmattan, 2009, pp. 23-40.

Gilberte Kyelem Carole *et al.*, « Epidémie de choléra au Burkina Faso en 2005: aspects épidémiologiques et diagnostiques », *The Pan African Medical Journal*, vol. 8 ; n°1, 2011.

Girard Marc, « Les maladies infectieuses émergentes », *médecine/sciences*, vol. 16, n° 8-9, 2000, pp. 883-891.

Girard René, *Le Bouc émissaire*, Paris, Editions Grasset et Fasquelle, 1982, 313 p.

Goerg Odile, « Domination coloniale, construction de "la ville" en Afrique et dénomination », *Afrique & histoire*, vol. 5, 2006, pp. 15-45.

Gouhier Jean, « La marge: entre rejet et intégration », Beaune Jean-Claude (sous la dir.), *Le déchet, le rebut, le rien*, Edition Champs Vallon, pp.80-89.

Grafmeyer Yves, « Le Quartier des sociologues », Authier Jean-Yves *et al.* (sous la dir.), *Le Quartier. Enjeux scientifiques, actions politiques et pratiques sociales*, Paris, La Découverte, 2007, pp.21-31.

Graham John, Wiener Jonathan, *Risk vs. Risk : Tradeoffs in Protecting Health and the Environment*, Cambridge, Harvard University Press, 1995.

Granotier Bernard, *La Planète des bidonvilles : Perspectives de l'explosion urbaine dans le Tiers monde*, Paris, Éditions du Seuil, 1980, 381 p.

Guitard Emilie, « « Est-ce que c'est ta voirie ?! » Manipulations des déchets et contrôle des espaces collectifs à Garoua (Cameroun) », *Ethnologie française*, n°153, 2015, pp. 455-466.

Guimier Lucie, « L'épidémie de choléra en Haïti : lecture géopolitique d'un enjeu de santé publique », *Hérodote*, n° 143, 2011, pp. 184-206.

Hajek Isabelle, « Traitement des déchets et santé environnementale : la science, un facteur d'acceptabilité locale ? L'exemple de l'incinérateur à Fos-sur-Mer », *Développement durable et territoires* [en ligne], vol. 4, n° 2, 2013, mis en ligne le 16 juillet, consulté le 27 janvier 2016. URL : <http://developpementdurable.revues.org/9760>.

Hajek Isabelle, « Gouvernance et durabilité urbaines : vers une nouvelle phase ? », Hajek Isabelle, Hamman Philippe (sous la dir.), *La gouvernance de la ville durable entre déclin et réinventions. Une comparaison Nord/Sud*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014, pp. 13-29.

Halbwachs Maurice, « Chicago, expérience ethnique », *Annales d'histoire économique et sociale*, IV, Armand Colin, Paris, 1932, pp. 11-49.

Halbwachs Maurice, *Morphologie sociale*, Paris, A. Colin, 1938, 190 p.

Hamman Philippe, « La gouvernance de la ville durable ou les enjeux d'une perspective procédurale », Hajek Isabelle, Hamman Philippe (sous la dir.), *La gouvernance de la ville durable entre déclin et réinventions. Une comparaison Nord/Sud*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014, pp. 33-61.

Haughton Graham, Hunter Collin, *Sustainable Cities*, London and Bristol, Pennsylvania, Jessica Kingsley Publishers, 1994.

Hilgers Mathieu, « Politiques urbaines, contestation et décentralisation. Lotissement et représentations sociales au Burkina Faso », *Autrepart*, vol. 3, n° 47, 2008, pp. 209-226.

Hoggart Richard, *La culture du pauvre : étude sur le style de vie des classes populaires en Angleterre* ; trad. de Françoise et Jean-Claude Garcias et de Jean-Claude Passeron ; présentation de Jean-Claude Passeron, Paris : Édition de Minuit, 1998, 420 p.

Houdret Annabelle, « La goutte d'eau qui fait déborder...Coopération et conflit autour de l'eau au niveau international et national », *Géocarrefour* [En ligne], vol. 80, 2005, mis en ligne le 01 juin 2009, consulté le 28 juin 2014. URL : <http://geocarrefour.revues.org/1269>.

Houéto David *et al.*, « Fièvre chez l'enfant en zone d'endémie palustre au Bénin : analyse qualitative des facteurs associés au recours aux soins », *Santé Publique*, vol. 19, 2007, pp. 363-372.

Houéto David, Valentini Hélène, « La promotion de la santé en Afrique : histoire et perspective d'avenir », *Santé publique*, vol. 26, 2014, pp. 9-20.

Houindo Brigitte, *Occupation anarchique de l'espace périurbain à Cotonou : ampleur du phénomène et conséquences sociales, économiques et environnementales*, Cotonou, Centre de formation et de recherche en matière de population, 1998, 68 p.

Hounkpatin Romance, Kottin Carole, *La gestion des déchets solides ménagers (DSM) à Cotonou : proposition d'un cadre approprié de planification de la pré-collecte*, Mémoire de DST - DTS en Planification et Aménagement du Territoire, ENEAM/UAC, 2009.

Hubert Gilles, Ledoux Bruno. *Le coût du risque. L'évaluation des impacts socio-économiques des inondations*, Paris, Presses de l'ENPC, 1999.

Hugon Philippe, « Variables démographiques et éducation en Afrique ou le mirage des Objectifs du millénaire pour le développement », *Mondes en développement*, n° 142, 2008, pp. 83-96.

Jacquemot Pierre, « Les systèmes de santé en Afrique et l'inégalité face aux soins », *Afrique contemporaine*, 2012/3 n° 243, p. 95-97. DOI : 10.3917/afco.243.0095.

Jaglin Sylvie, *Gestion urbaine partagée à Ouagadougou : pouvoir et périphéries (1983-1991)*, Paris, Karthala, 1995, 659 p.

Jangal Candy, Chali Jean-Marie, *Inégalités infra-urbaines de participation au dépistage du cancer du sein, Analyse dans une commune du Val-d'Oise (95) : Gonesse*, master Géosanté, univ. Paris-Ouest et Paris-Est, 2013.

Janin Pierre, « Faim et politique : mobilisations et instrumentations », *Politique africaine*, n° 119, 2010, pp. 5-22.

Janny Thomas, *Epidémies de choléra en Afrique : Analyse d'une étiologie multifactorielle*, mémoire de santé publique pour le diplôme d'ingénieur chimiste, ENSP Rennes, 2004, 61 p.

Jouve Bernard, « La gouvernance urbaine : vers l'émergence d'un nouvel instrument des politiques ? », *Revue internationale des sciences sociales*, n° 193-194, 2007, pp. 387- 402.

Kalina Mathias, « La gestion du risque posé par les maladies infectieuses sur les sites isolés », *Sécurité et stratégie*, n° 19, 2014, pp. 42-48.

Kamian Bakary, « Les villes dans les nouveaux États d'Afrique occidentale », *Tiers-Monde*, , tome 4, n° 13-14, 1963 pp. 65-80.

Ketterer Frédéric, « La production des campagnes médiatiques de santé publique : une dialectique entre normalisation des comportements collectifs et appel à la responsabilisation individuelle », *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie* [En ligne], mis en ligne le 26 septembre 2013, Consulté le 22 juin 2015. URL : <http://socio-logos.revues.org/2775>.

Kiki Migan, *La problématique de la gestion des déchets dans les métropoles africaines et perspectives d'avenir : cas de la ville de Cotonou*. Thèse de doctorat de médecine, 1994, 90 p.

Klüber Daniel *et al.*, « Chapitre 8 Ville et santé : consommation de drogues illégales et espace urbain en Suisse », Christophe Jacoud *et al.*, *Raisons et déraisons de la ville. Approche du champ urbain*, Lausanne, Presse polytechniques et universitaires romandes, 1992, pp. 149-163.

Kobiané Jean-François, « Essai de construction d'un profil de pauvreté des ménages à Ouagadougou à partir des caractéristiques de l'habitat » Gendreau, Francis, (sous la dir.), *Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du sud*, Edition ESTEM, 1998, pp. 117-131.

Koffi-Tession Egnondo *et al.*, « Déterminants de l'état de santé au Togo », Kouassi Bernard (sous la dir.), *Pauvreté et accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest. Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Mali et Togo*, Paris, Edition Karthala, 2008, pp. 253-280.

Körling Gabriella, Traduction de Élodie Escusa, « La matérialité de la reconnaissance : les mobilisations locales pour la fourniture de services publics à Niamey », *Politique africaine* n° 132, 2013, pp. 27-47.

Kouassi Bernard (sous la dir.), *Pauvreté des ménages et accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest*, Paris, Éditions Karthala, 2008, 178 p.

Kyelem *et al.*, « Epidémie de choléra au Burkina Faso en 2005: aspects épidémiologiques et diagnostiques », *The Pan African Medical Journal*, vol. 8, 2011.

Laborde-Milaa Isabelle, « La presse écrite : Un terrain renouvelé pour l'analyse de discours », *Le français aujourd'hui*, 2002, n° 137, pp. 115-120. DOI : 10.3917/lfa.137.0115.

Lagane Jean, « Catastrophe naturelle », Choné Aurélie *et al.* (sous la dir.), *Guide des Humanités environnementales*, Paris, Presses universitaires du Septentrion, 2016, pp. 501-510.

Lamoureux Philippe, « Campagnes de communication en santé publique et éducation à la santé », *Les Tribunes de la santé*, vol. 4, n° 9, 2005, pp. 35-42.

Lang Thierry, « Cardiopathies et risque, du comportement au social », In Fassin Didier, *Inégalités et santé*, n° 920, mai 2009, pp. 97-99.

Lang Thierry, « Inégalités sociales de santé », *Les Tribunes de la santé*, n° 43, 2014, pp. 31-38.

Lang Thierry, Ribet Céline, « Les maladies cardio vasculaires », Leclerc Annette. *et al.*, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Edition La Découverte Syros, 2000, pp. 223-238.

Lang Thierry, « Déterminants sociaux, santé et politiques publiques : mobiliser toutes les connaissances », *Santé Publique*, vol. 27, 2015, pp. 619-621.

Lanoé Jean-Louis, Makdessi-Raynaud Yara, « La santé perçue, la morbidité déclarée », Fassin Didier, *Inégalités et santé*, n° 920, mai 2009, pp. 43-52.

Lawrence Roderick, « Santé urbaine au XIXème siècle : défis de l'interdisciplinarité », Lévy Albert (sous la dir.), *Ville, urbanisme et santé. Les trois révolutions*, Paris, Editions Pascal, 2012, pp. 288-311.

Leclerc Annette *et al* (sous la dir.), *Les Inégalités sociales de santé*, Paris, Edition la Découverte, 2000, 448 p.

Le Mée René, « Le choléra et la question des logements insalubres à Paris (1832-1849) », *Population*, 53e année, n°1-2, 1998, pp. 379-397.

Lesourd Michel, « Nouvelles technologies, nouvelles inégalités ? Les NTIC et les fractures socio-spatiales », Amat-Rose Jeanne-Marie, (sous la dir.), *L'Afrique, vulnérabilité et défis*, Paris, Edition du Temps, 2003, pp. 392-413.

Lévy Albert (sous la dir.), *Ville, urbanisme et santé. Les trois révolutions*, Paris, Editions Pascal, 2012, 316 p.

Lévy Albert, « Une lecture de l'urbanisme à travers la question sanitaire », Lévy Albert (sous la dir.), *Ville, urbanisme et santé. Les trois révolutions*, Paris, Editions Pascal, 2012, pp.13-21.

Lévy Albert « Vers une médecine environnementale et un urbanisme durable », Lévy Albert, (sous la dir.), *Ville, urbanisme et santé. Les trois révolutions*, Paris, Editions Pascal, 2012, pp. 242-262.

Lévy Albert, « Médecine et urbanisme : une brève histoire des rapports » Lévy Albert, (sous la dir.), *Ville, urbanisme et santé. Les trois révolutions*, Paris, Editions Pascal, 2012, pp. 24-80.

Lévy Johana, *Géographie d'une crise sanitaire. L'épidémie de choléra à Madagascar. Le cas de Tuléar*, Paris, Prodig, 2004, 131 p.

Lohouès-Kouacou Marie-Jeanne *et al.*, « Connaissance de l'hépatite virale B par les élèves des écoles secondaires en Côte d'Ivoire », *Santé Publique*, vol. 25, 2013, pp. 227-232.

Lombard Henri-Clermond, *Notes historiques sur le choléra-morbus et sur les principales épidémies de cette maladie depuis 1817 jusqu'au mois d'octobre 1831*, téléchargé sur le site [http:// books.google.com](http://books.google.com).

Longuépée Jérôme *et al.*, « Introduction au dossier n°11 Catastrophes et Territoires », *Développement durable et territoires* [En ligne], Dossier 11, 2008, mis en ligne le 06 novembre 2008, consulté le 27 janvier 2016, URL. <http://developpementdurable.revues.org/6763>.

Ly Adama, « Progression des cancers en Afrique : caractéristiques, altérité, nouvelles approches de santé publique », Kerouedan Dominique (sous la dir.), *Santé internationale. Les enjeux de santé au sud*, Paris, Presses de Sciences Po, 2011, pp. 121-140.

Maitre, Anne-Marie, Ducable Gérard, « Louis-René Villermé et le choléra en 1832 », communication présentée à la séance du 11 décembre 1982 à la Société française d'histoire de la médecine.

Makoutodé Michel *et al.*, « La riposte à l'épidémie de choléra de 2008 à Cotonou (Bénin) », *Santé Publique*, 2010, vol. 22, pp. 425-435.

Mangold Marie, « Mobilisations collectives aux États-Unis et à Strasbourg: les collectifs d'habitants comme acteurs de la gouvernance écologique », Hajek Isabelle, Hamman Philippe (sous la dir.), *La Gouvernance de la ville durable entre déclin et réinventions. Une comparaison Nord/Sud*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014.

Marchal Hervé, Stébé Jean-Marc, *La Ville au risque du ghetto*, Paris, Edition TEC et Doc, 2010, 34 p.

Martinelli Bruno, Boujou Jacky (sous la dir.), *Sorcellerie et violence en Afrique*, Paris, Éditions Karthala, 2012, 331 p.

Martinez Alier Joan, *L'Écologisme des pauvres. Une étude des conflits environnementaux dans le monde*, Paris, Les petits matins, [2001], Traduction Institut Veblen, 2014, 671 p.

Marx Karl, *Le Capital : critique de l'économie politique*, livre 1, le développement de la production capitaliste; traduction de Joseph Roy, Paris, Éditions Sociales, 1948-1976.

Massé Raymond, *Culture et Santé Publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Paris, Éditions Gaëtan Morin, 1995, 472 p.

Mauss Marcel, « Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques », Mauss Marcel, *Sociologie et anthropologie*, [1950], Paris, PUF, 2013, 144-228.

Mauss Marcel, « Essai sur les variations saisonnières des sociétés Eskimos », Mauss Marcel, *Sociologie et anthropologie*, [1950], Paris, PUF, 2013, pp. 389-475.

Mauss Marcel, *Sociologie et anthropologie*, [1950], Paris, PUF, 2013, 482 p.

Mauss Marcel, « Fragment d'un plan de sociologie générale descriptive », Mauss Marcel, *Œuvres, t. 3: Cohésion sociale et divisions de la sociologie*, Paris, Minuit, [1934], 1969, pp. 303-358.

Mayrargue Cédric, « Les christianismes contemporains au Bénin au défi de la pluralisation. Dynamiques d'expansion et porosité religieuse », *Afrique contemporaine*, n° 252, 2014, pp. 91-108.

M'Bokolo Elikia., « Peste et société urbaine à Dakar : l'épidémie de 1914 ». *Cahiers d'études africaines*, vol. 22, n°85-86, 1982, pp. 13-46.

M'boumba Anicet, « La difficile mutation du gouvernement urbain au Gabon : jeux d'acteurs dans la gestion des déchets à Libreville », *Les Cahiers d'Outre- Mer* [en ligne], 261/janvier-mars 2013, mis en ligne le 1er janvier 2015.

M'boumba Anicet, « Gestion urbaine et équité socio-spatiale: les inégalités dans les services de base à Libreville (Gabon) », *L'espace géographique*, tome 36, 2007, pp. 131-140.

Minvielle Jean-Paul, « Polysémie des approches monétaires de la pauvreté : le dilemme rural urbain au Sénégal », *Recherches économiques de Louvain*, , vol. 73, 2007, pp. 193-215. DOI : 10.3917/ rel.732.0193.

Mollo-Bouvier Suzanne, « Vigarello (Georges). Le propre et le sale : l'hygiène du corps depuis le Moyen Age », *Revue française de pédagogie*, vol. 83, 1988, pp. 119-121.

Moretto Luisa, « Coproduction du service d'eau et recomposition de l'espace intra-urbain dans la périphérie sud de Caracas », *Espaces et sociétés*, n° 143, 2010, pp. 81-99.

Mouffok Ghania, « Violences et images de femmes dans la presse écrite algérienne », *NAQD*, n° 22-23, 2006, pp. 91-102.

Mpakam Hernanie Grelle *et al.*, « L'accès à l'eau potable et à l'assainissement dans les villes des pays en développement : cas de Basoussam (Cameroun) », *VertigO - la revue électronique en sciences de l'environnement* [En ligne], vol. 7, n° 2, septembre 2006, mis en ligne le 08 septembre 2006, consulté le 22 mai 2015.

Nguendo Yongsi *et al.*, « Risques sanitaires liés aux modes d'assainissement des excréta à Yaoundé, Cameroun », *Nature Sciences Sociétés*, vol. 16, 2008, pp. 3-12.

Nguimalet Cyriaque-Rufin *et al.*, Gestion de la qualité de l'eau, conflits et risques dans la ville de Bangui (République centrafricaine), *Géocarrefour* [En ligne], vol. 80, 2005, mis en ligne le 01 juin 2009, consulté le 26 juin 2014. URL : <http://geocarrefour.revues.org/1295>.

Noret Joël, *Deuil et funérailles dans le Bénin méridional. Enterrer à tout prix*, Bruxelles, Édition de l'université de Bruxelles, 2010, 204 p.

Objectif du Développement Durable (ODD), *Développement urbain et coopération internationale*, Cotonou, Bénin, 2008.

Omran Abdel, « The Epidemiological Transition », *Milbank Mem Fund Quaterly*, vol. 49, 1971, pp. 509-538.

Ouendo Edgard-Marius *et al.*, « Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Bénin (Pauvreté et soins de santé) », *Tropical Medecine and International Health*, vol. 10, 2005, pp. 179-186.

Oyefara John Lekan, « Contexte familial, comportement sexuel et vulnérabilité au vih/sida des marchandes ambulantes de la métropole de Lagos, au Nigeria », *Revue internationale des sciences sociales*, n° 186, 2005, pp. 759-772.

Paddeu Flaminia., « De la santé environnementale à la justice environnementale : l'enjeu de l'asthme infantile dans le South Bronx (New York) », *Développement durable et territoires* [En ligne], Vol. 4, n°2, Juillet 2013, mis en ligne le 16 juillet 2013, consulté le 27 janvier 2016. URL : <http://developpementdurable.revues.org/9779> ; DOI : 10.4000/Développement durable.9779.

Paraizo Isabelle « L'enquête par questionnaire », Paugam Serge (sous la dir.), *L'enquête sociologique*, Paris, PUF, 2010, pp. 93-113.

Paugam Serge, *Les formes élémentaires de la pauvreté*, Paris, PUF, Coll. « Le lien social », 2005, 276 p.

Paugam Serge, (sous la dir.), *L'enquête sociologique*, Paris, PUF, 2010, 458 p.

Piarroux, René, « Le choléra : épidémiologie et transmission. Expérience tirée de plusieurs interventions humanitaires réalisées en Afrique, dans l'Océan Indien et en Amérique centrale ». *Bull. Soc. Path. Exot.*, n° 95, 2001, pp. 345-350.

Piarroux René, *Etude de la dynamique des épidémies de choléra en République Démocratique du Congo*, mars 2008, 3 p., téléchargé sur internet le 27/02/2013.

Picheral Henri, « Géographie de la transition épidémiologique », *Annales de Géographie*, t. 98, n° 546, 1989. pp. 129-151.

Piermay Jean-Luc, *Citadins et quête du sol dans les villes d'Afrique centrale*, Paris, Éditions L'Harmattan, 1993, 579 p.

Plaen (de) Raphael, Kilelu Catherine, "From multiple voices to a common language : Ecosystem approaches to human health as an emerging paradigm", *EcoHealth*, vol. 1, 2004, pp. 8-15.

Pourette Dolorès, Enel Catherine, « Représentations et vécu de l'hépatite B de patients subsahariens en Côte d'Ivoire et en France », *Santé Publique*, vol. 26, 2014, pp. 869-878.

Poupeau Franck, « Périphéries. Note de recherche sur l'ethnographie des inégalités environnementales à El Alto (Bolivie) », *Flux*, n° 89-90, 2012, pp. 102-107.

Programme des Nations Unies pour l'Environnement, *Déclaration finale de la Conférence des Nations Unies sur l'environnement*, réunie du 5 au 16 juin 1972.

Prost André, « Maladies infectieuses : nouveau destin, nouveaux concepts », *Espace, populations, sociétés*, 2000. Maladies émergentes et reviviscentes. pp-159-165.

Prost André., « L'Afrique n'est pas un cas particulier. Retour des grands fléaux, émergence de maladies nouvelles », Gruenais Marc-Eric, Pourtier Roland, (sous la dir.), « La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis », *Afrique contemporaine*, n° 95, 2000, pp. 15-23.

Rasmussen Anne, « 9. Du vrai et du faux sur la Grande Guerre bactériologique. Savoirs, mythes et représentations des épidémies », Prochasson Christophe, Rasmussen Anne (sous la dir.), *Vrai et faux dans la Grande Guerre*, La Découverte « Espace de l'histoire », 2004, pp. 189-207.

Renaud Lise, de Sotelo Rico , « Communication et santé : des paradigmes concurrents », *Santé Publique*, vol.19, 2007, pp.31-38.

Revet Sandrine, *Anthropologie d'une catastrophe. Les coulées de boue de 1999 au Vénézuëla*, Paris, Presses Sorbonne nouvelle, 2007, 265 p.

Rican Stéphane *et al.*, « Inégalités géographiques de santé en France », *Les Tribunes de la santé*, n° 43, 2014, p. 39-45.

Roch Pierre-Alain, « L'eau, enjeu vital pour l'Afrique », *Afrique contemporaine*, n° 205, 2003, pp. 39-75.

Rollet Catherine, Fine Agnès, « Epidémies et mentalités : le choléra de 1832 en Seine-et-Oise », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 29^e année, n° 4, 1974, pp. 935-965.

Roman Philippe, « Les pauvres sont-ils vraiment les plus gros pollueurs ? », *Idées économiques et sociales*, n° 165), 2011, pp. 60-69.

Rosni (de) Eric, (sous la dir.), *Justice et Sorcellerie*, Paris, Edition Karthala, 2006, 383 p.

Rouillé d'Orfeuil Henri, « Faire face aux besoins alimentaires, la question des consommateurs pauvres ou insolubles », *Pour*, n° 202-203, 2009, pp. 64-72.

Rousseau Jean-Jacques, *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*, commentaire de Eric Zernik, Paris, Gallimard, 1965, 159 p.

Roy Cécile, « La prise en compte de l'environnement à Dar es Salaam, problèmes et perspectives », *Les Cahiers d'Outre-Mer* [En ligne], vol. 237 | Janvier-Mars 2007, mis en ligne le 01 janvier 2010, consulté le 13 décembre 2012.

URL : <http://com.revues.org/632> ; DOI : 10.4000/com.632.

Safar Zitoun Madani, « Les méthodes participatives dans les villes du Maghreb: une gouvernance « par le bas » vouée à l'échec? », Hajek Isabelle, Hamman Philippe (sous la dir.), *La Gouvernance de la ville durable entre déclin et réinventions. Une comparaison Nord/Sud*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014, pp. 123-142.

Salem Gérard, *La Santé dans la ville. Géographie d'un petit espace dense: Pikine (Sénégal)*, Karthala-OSTROM, 1998, 360 p.

Scarwell Helga-Jane *et al.*, « Environnement et santé : quels enjeux, quels acteurs, quelle intelligibilité? », *Développement durable et territoires* [En ligne], vol. 4, n°2, Juillet 2013, mis en ligne le 16 juillet 2013, consulté le 28 janvier 2016. URL : <http://developpementdurable.revues.org/9848> ; DOI : 10.4000/Développement durable.9848.

Schiffino Nathalie, « Risque. Risque et nature : quels dilemmes ? », Choné Aurélie *et al.* (sous la dir.), *Guide des Humanités environnementales*, Villeneuve d'Ascq, 2016, pp. 491-509.

Selimanovski Catherine, *La Frontière de la pauvreté*, Presses Universitaires de Rennes, 2008, 294 p.

- Sen Amartya., *Development as Freedom*, New York, Anchor Books, [1999], 2000, 384 p.
- Sherry Arnstein « A Ladder of Citizen Participation », *Journal of the American Institute of Planners*, vol. 35, n° 4, July 1969, pp. 216-224.
- Siegfried André, *Itinéraire de contagions. Epidémies et Idéologies*, Paris, Armand Colin, 1960, 165 p.
- Sikirou Souleymane, « Pauvreté et accessibilité des ménages urbains aux biens et services publics à Ouagadougou et de Bobo Dioulasso », Kouassi Bernard (sous la dir.), *Pauvreté des ménages et accès aux soins de santé en Afrique de l'ouest : Burkina Faso, Côte-d'Ivoire, Ghana, Mali et Togo*, Paris, Karthala, 2008, pp. 51-102.
- Simmel Georg, 1908a, *Les Pauvres*, Paris, PUF, « Quadrige », 1998, 102 p.
- Sindzingre Nicole, « La nécessité du sens : l'explication de l'infortune chez les Senufo », Augé Marc, Herzlich Claudine, (sous la dir.), *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*, Paris, Edition les archives contemporaines, 1984, 278 p.
- Slovic Paul, « Perception of Risk : Reflexions on the Psychometric Paradigm », Krinsky Sheldon, Golding Dominic (eds.) *Social Theories of Risk*, Wesport, Praeger, 1992, pp. 117-152.
- Snow John, *On the mode of communication of cholera*, 2nd ed. John Churchill, London, 1855.
- Sory Issa, Tallet Bernard, « Des choix d'aménagement urbain porteurs d'inégalités sociales et environnementales : la gestion des déchets solides à Ouagadougou (Burkina Faso) », *Flux*, n° 89-90, 2012, pp. 79-89.
- Sotindjo Sébastien Dossa, « Electricité et eau dans les villes de Cotonou et de Porto-Novo (Bénin) (1945-2000) », Chanson-Jabeur Chantal *et al.*, (sous la dir.), *Politiques d'équipement et services urbains dans les villes du sud. Etude comparée*. Paris, L'Harmattan, 2004, pp. 363-401.
- Soukalo Dao, « Les épidémies de choléra au Mali de 1995 à 2004 », *Santé Publique*, vol. 21, 2009, pp. 263-269.
- Soumaholo Moustapha, « Construction, reconstruction territoriale et décentralisation en Côte d'Ivoire (2002-2009) », *Espace et Sociétés*, n°160-161, 2015, pp. 51-66.
- Soutrenon Emanuel, « Le " Questionnaire ethnographique ". Réflexions sur une pratique de terrain », *Genèses*, n° 60, 2005, pp. 121-137.
- Spire Amandine, *L'Étranger et la ville en Afrique de l'Ouest. Lomé au regard d'Accra*, Paris, Karthala, 2011, 378 p.
- Steudler François, « La genèse et le développement de la sociologie de la santé », Bernes A-C, *Nouveaux enjeux de l'histoire de la médecine*. Préface de Pierre Karli. Centre de recherches interdisciplinaires sur les sciences et techniques, Université Louis Pasteur, Strasbourg, 1990, pp. 121-140, repris dans *Revue suisse de Sociologie*, vol. 18, 1992, pp. 265-284.
- Sy Ibrahima *et al.*, « Gestion de l'espace urbain et morbidité des pathologies liées à l'assainissement à Rufisque (Sénégal) », *L'Espace géographique*, Tome 40, 2011, pp. 47-61.
- Thébaud-Mony Annie, « Histoires professionnelles et cancer », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 163, 2006, pp. 18-31. DOI : 10.3917/arss.163.0018.
- Theys Jacques, « Quand inégalités sociales et inégalités écologiques se cumulent ». L'exemple du "SELA" », *Note du CPVS*, 13, Paris, MELT-DRAST, 2000.

Theys Jacques, *Les inégalités écologiques, dimension oubliée de l'action publique: entre raisons politiques et explications épistémologiques*. Collection Inégalités sociales et environnementales, Institut d'Urbanisme de Paris, 2005.

Tidjani Alou Moumouni, « La crise alimentaire de 2005 vue par les médias », *Afrique contemporaine*, n° 225, 2008, pp. 39-74. DOI : 10.3917/afco.225.0039.

Toukara Sidy, *La valorisation des déchets organiques dans l'agriculture "péri-urbaine" à Dakar (Sénégal) : analyse d'une multifonctionnalité stratégique*. Thèse de doctorat en Sociologie. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, 2015.

Tozzi Pascal, « Ville durable et marqueurs d'un "néo-hygiénisme" ? Analyse des discours de projets d'éco-quartiers français. », *Noréis*, n° 227, 2013, pp. 97-113.

Traoré Yatana Maimouna, *Le sale et le propre: modes de gestion des déchets ménagers et logiques identitaires à Ouagadougou*, thèse de doctorat en sociologie, université de Poitiers, 2011.

Tsafack Temah Chrystelle, « Les déterminants de l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne », *Revue d'économie du développement*, vol. 17, 2009, pp. 73-106. DOI : 0.3917/edd.231.0073.

UNDP, *Rapport mondial sur le développement humain 2006. Au-delà de la pénurie : pouvoir, pauvreté et crise mondiale de l'eau*, 552 p.

UNICEF, *La situation des enfants dans le monde*, 164 p.

Vaillant Zoé, Salem Gérard, *Atlas mondial de la santé. Quelles inégalités ? Quelle mondialisation ?* Paris, Editions Autrement, 2008, 79 p.

Vallée Julie *et al.*, « Accès aux ressources et santé mentale à Montréal. L'importance de la mobilité quotidienne », *Métropolitiques*, 2 juin 2014.

URL : <http://www.metropolitiques.eu/Acces-aux-ressources-et-sante.html>.

Vaguet Alain *et al.*, « Les risques pour la santé : spatialités et contingences », *Espace populations sociétés*, [en ligne], mis en ligne le 1er mars 2013, consulté le 24 mars 2014, <http://eps.revues.org>.

Védrenne-Villeneuve Edmonde, « L'inégalité devant la mort dans la première moitié du XIX^e siècle », *Population*, , vol. 16, 1961, pp. 676-678.

Vennetier Pierre, « Cadre de vie urbain et problèmes de l'eau en Afrique noire », *Annales de Géographie*, 1988, tome 97, n°540, pp.171-194.

Vernazza-Licht Nicole *et al.*, (sous la dir.), *Sociétés, Environnements, Santé*. IRD Editions, 2010, 364 p.

Vernazza-Licht Nicole, « Les relations environnement/santé : un champ de réflexion et d'implication pour les sciences sociales » Vernazza-Licht *et al.* (sous la dir.), *Sociétés, Environnements, Santé*. IRD Editions, 2010, pp. 19-31.

Vigarelo Georges, *Le Propre et le sale : l'hygiène du corps depuis le Moyen Âge*, Paris, Seuil, 1985, 285 p.

Vignerot Emmanuel, « Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français », *Les Tribunes de la santé*, n° 38, 2013, pp. 41-53.

Villermé Louis-René, *Annale d'hygiène publique*, 1829.

Weber Max, *Economie et société*, tome 1, Agora, Plon, 1921, réédité en 2003, 416 p.

Weber Monique, *Le choléra au XIX^e siècle : le cas particulier des épidémies colmariennes*, Thèse de doctorat, université Louis Pasteur de Strasbourg, 1992, 89 p.

Wendling Thierry, « Us et abus de la notion de fait social total. Turbulences critiques », *Revue du MAUSS*, n° 36, 2010, pp. 87-99.

Weissenberger Sebastian *et al.*, « L'approche écosystémique de la santé des populations : le cas de l'exposition au mercure des communautés riveraines de l'Amazonie et du nord du Québec », *Développement durable et territoires* [En ligne], vol. 4, n°2, juillet 2013, mis en ligne le 16 juillet 2013, consulté le 10 avril 2016.

URL : <http://developpementdurable.revues.org>.

Wirth Louis, *Le Ghetto*, [1928], Presses Universitaires de Grenoble, 1980, 252 p.

Yao Gnissan Henri Auguste *et al.*, « Connaissances et attitudes des organisations de la société civile à la mise en œuvre du Programme élargi de vaccination de routine en Côte d'Ivoire », *Santé Publique*, vol. 26, 2014, pp. 99-106.

Zoa Anne-Sophie, *Les ordures à Yaoundé. Urbanisation, environnement et politique au Cameroun*, Paris, L'Harmattan, 1995, 191 p.

Zouari Khaled, « La presse en ligne : vers un nouveau média ? », *Les Enjeux de l'information et de la communication*, 2007, pp. 81-92.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ABT	: Alliance pour un Bénin triomphant
ACDI	: Agence canadienne pour le développement international
AEV	: Adductions d'eau villageoise
AGETUR	: Agence d'exécution des travaux urbains
APROSEN	: Agence pour la propreté du Sénégal
ARV	: Antirétroviraux
BAGOM	: Brigade d'assainissement et de gestion des ordures ménagères
BCZS	: Bureau central de la zone de santé
BIT	: Bureau international du travail
BPCO	: Broncho-pneumonies obstructive
CAME	: Centrale d'achat des médicaments essentiels
CC	: Campagne de communication
CCC	: Communication pour un changement de comportement
CEE	: Communauté économique européenne
CES	: Conseil économique et social
CFA	: Comptoir français d'Afrique
CLIS	: Commissions locales d'information et de surveillance
CMED	: Commission mondiale sur l'environnement et le développement
CNHU	: Centre national hospitalier et universitaire
CNUEH	: Commission des établissements humains des Nations Unies
COGEDA	: Coordination des organisations non gouvernementales de gestion des déchets solides ménagers et de l'assainissement
CREPA	: Centre régional pour l'eau potable et l'assainissement
CRDI	: Centre de recherches pour le développement international
CTC	: Centres de traitement du choléra
CTVD	: Centre de traitement et de valorisation des déchets
CUMPM	: Communauté urbaine Marseille Provence métropole
DCAM	: Développement communautaire et assainissement du milieu
DD	: Développement durable
DHAB	: Direction de l'hygiène et de l'assainissement de base

DPP	: Direction de la Programmation et de la Prospective
DSM	: Déchets solides ménagers
DSRP	: Document de stratégie de réduction de la pauvreté
DST	: Directeur des services techniques
EDS	: Enquête démographique et de santé de 2006
EMICoV	: Enquêtes modulaires intégrées sur les conditions de vie des ménages
ENDA	: Environnement et développement du Tiers-Monde
EPS	: Éducation pour la santé
FADEC	: Fonds d'appui au développement des communes
FMI	: Fonds monétaire international
FPM	: Forages munis de pompes à motricité humaine
GIE	: Groupement d'intérêt économique
GPS	: Global Positioning System
HAAC	: Haute autorité de l'audiovisuel et de la communication
HACCP	: Hazard analysis critical control points
HLM	: Habitations à loyer modéré
IDH	: Indice du développement humain
IEC	: Information éducation communication
IGN	: Institut géographique national
INSAE	: Institut national de statistiques et d'analyse économique
INSEE	: Institut national des statistiques et d'études économiques
INSERM	: Institut national de la santé et de la recherche médicale
KAPB	: knowledge, attitudes, practices, beliefs
LES	: Lieux d'enfouissements sanitaires
LULU	: Locally Undesirable Land Uses
MEHU	: Ministère de l'environnement, de l'habitat et de l'urbanisme
MFASSNHPTA	: Ministère de la famille, des affaires Sociales, de la solidarité nationale, des handicapés et des personnes de troisième âge
MJCD	: Mouvement des jeunes chrétiens pour le développement
MSP	: Ministère de la santé publique
NaDCC	: Dichloroisocyanurate de sodium
NIMBY	: Not in my back yard
OAV	: Office alimentaire et vétérinaire

ODD	: Objectif du développement durable
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisations non gouvernementales
ONU	: Organisation des Nations Unies
ORTB	: Office des radios et télévisions du Bénin
OUA	: Organisation de l'unité africaine
OVP	: Organisation Ville Propre
PAC	: Port autonome de Cotonou
PAD	: Port Autonome de Dakar
PAE	: Plan d'action environnementale
PAS	: Programmes d'Ajustement structurel
PDC	: Plan de développement communal
PGDSM	: Projet de gestion des déchets solides ménagers
PNUE	: Programme des Nations Unies pour l'environnement
PNDS	: Plan national de développement Sanitaire
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le développement
PPGO	: Projet pilote de gestion des ordures
PrAPE	: Projet d'assainissement et de protection de l'environnement
PRD	: Parti du renouveau démocratique
PSI	: Population service international
PVVIH	: Personnes vivant avec le VIH sida
UIOM	: Usine d'incinération des ordures ménagères
RACINES	: Recherches, Actions Communautaires, Initiatives pour un
Nouvel Espoir	
RB	: Renaissance du Bénin
RDC	: République démocratique du Congo
RFI	: Radio France international
RGPH	: Recensement général de la population et de l'habitat
SBEE	: Société béninoise d'électricité et d'eau / Société d'énergie
électrique	
SDGD	: Schéma directeur de gestion des déchets
SIAS	: Société industrielle d'aménagement du Sénégal
SIBEAU	: Société industrielle d'équipement et d'assainissement urbain
SICAP	: Société immobilière du Cap Vert

SIDA	: Syndrome de l'immuno-déficience acquise
SNG	: Structures non gouvernementales
SNIGS	: Système national d'information et de gestion sanitaires
SOADIP	: Société africaine de diffusion et de promotion
SOGEMA	: Société de gestion des marchés
SONEB	: Société des eaux du Bénin
SVUC	: Service de la voirie urbaine de Cotonou
THA	: Trypanosomiase humaine africaine
UE	: Union européenne
UEMOA	: Union économique et monétaire ouest-africaine
UNESCO	: Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNDP	: United Nations development program
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: United States agency for international development
UTC	: Unités de Traitement du choléra
VIH	: Virus de l'immuno-déficience humaine
DDS	: Direction départementale de la Santé
DPDM	: Direction de la prospective et du développement municipal
WAA	: Water and Sanitation for Africa
WA-WASH	: West Africa water supply, sanitation and hygiene program
ZUS	: Zones urbaines sensibles
ZS	: Zones sanitaires

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES	447
Annexe 1 : GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES CHEFS DE QUARTIER.....	448
Annexe 2 : GUIDE D'ENTRETIEN AVEC DES PARENTS DE DEFUNTS CHOLERIQUES.....	449
Annexe 3 : GUIDE D'ENTRETIEN AVEC DES ACTEURS INSTITUTIONNELS.....	450
Annexe 4 : QUESTIONNAIRE.....	451
Annexe 5 : LISTE DES PERSONNES ENQUÊTÉES PAR QUESTIONNAIRE.....	457

Annexe 1 : GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES CHEFS DE QUARTIER

1-Données socio-historiques des quartiers

- 1.1 Signification du nom du quartier
- 1.2 Date d'implantation
- 1.3 Premiers peuplements
- 1.4 Raisons du peuplement
- 1.5 Évolution du peuplement (groupes socio-ethniques nationaux, extra-nationaux)
- 1.6 Événements historiques marquants

2-Activités économiques

- 2.1 Principales activités économiques
- 2.2 Ethnies et activités économiques

3-Eau potable et assainissement des déchets

- 3.1 Mode d'évacuation des déchets solides ménagers et des eaux usées
- 3.2 Mode d'évacuation des excréta
- 3.3 Approvisionnement en eau potable

4-Habitat

- 4.1 Matériaux utilisés
- 4.2 Mode d'acquisition de parcelles

5-Mode de vie

- 5.1 Coutumes et mœurs
- 5.2 Rites locaux
- 5.3 Religions
- 5.4 Habitudes alimentaires

6-Santé publique

- 6.1 Actions de salubrité publique
- 6.2 Mobilisation communautaire
- 6.3 Prévention du choléra
- 6.4 Prise en charge des personnes malades
- 6.5 Rôle des élus locaux
- 6.6 Services de soins de santé

Fiche signalétique de l'enquête

Age, sexe, niveau d'étude, fonction

Annexe 2 : GUIDE D'ENTRETIEN AVEC DES PARENTS DE DEFUNTS CHOLERIQUES

1- Circonstances du décès lié au choléra

- 1.1 Profil socio-démographique du défunt
- 1.2 Cause du choléra
- 1.3 Itinéraire thérapeutique jusqu'au décès
- 1.4 Causes du décès

2- Représentations et pratiques liées à la mort cholérique

- 2.1 Origines sociales du choléra et de la mort cholérique
- 2.2 Rapport au cadavre cholérique
- 2.3 Pratiques culturelles et rituelles après la mort cholérique
- 2.4 Pratiques funéraires

Fiche signalétique de l'enquête

Age, sexe, niveau d'étude, profession, lien de parenté avec le ou la défunt(e)

Annexe 3 : GUIDE D'ENTRETIEN AVEC DES ACTEURS INSTITUTIONNELS

Ce guide d'entretien est adressé aux acteurs institutionnels et politiques impliqués dans la lutte contre le choléra au Bénin (OMS, UNICEF, PNUD, PAM, DHB, ministère de l'intérieur, ONGs, etc).

1-Existence de mesures préventives du choléra dans la ville de Cotonou

- 1.1 Répertoire des zones vulnérables au choléra
- 1.2 Fréquence de la survenue de l'épidémie
- 1.3 Facteurs de risque
- 1.4 Circulation de l'information
- 1.5 Information et sensibilisation des populations
- 1.6 Infrastructures d'assainissement
- 1.7 Centres de santé

2-Riposte et prise en charge des malades

- 2.1 Circulation de l'information sur les cas de malades
- 2.2 Acteurs impliqués dans la gestion de la crise
- 2.3 Rôle de chaque acteur
- 2.4 Moyens mobilisés
- 2.5 Mise à disposition des malades des moyens mobilisés
- 2.6 Organisation de la prise en charge
- 2.7 Perspectives

Fiche signalétique de l'enquête

Age, sexe, niveau d'étude, organisation, fonction

Annexe 4 : QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX MALADES ET NON MALADES

I- Caractéristiques socio-démographiques

1. Date de l'enquête :-----/-----/-----
2. Numéro du ménage :-----
- 3-Adresse du ménage (*indiquer le ménage par rapport à la lagune*) :-----

3. Quartier :----- Délégué de quartier :-----
4. Nom et prénom de l'interlocuteur (*préciser s'il s'agit d'un ancien malade ou non*) :-----

- 5-Sexe : M ☐ F ☐ 6- Age :----- 7-Ethnie :-----
- 8-Niveau d'instruction : Non scolarisé ☐ primaire ☐ secondaire ☐ supérieur ☐
- 9-Profession : ----- 10-Lieu de travail-----
- 10-Religion : Chrétien ☐ Musulman ☐ Religion traditionnelle ☐
- 11 Heure du début de l'entretien :----- Heure de fin.....

II- Contexte socio-environnemental

A-Accès à l'eau potable

- 12- Avez-vous accès à l'eau potable ?
- a- dans votre maison ☐ b-dans une maison voisine ☐ c- dans une borne fontaine ☐
- d-autre ☐
- 13- S'agit-il de l'eau potable de ?
- a- la SONEB ☐ b-d'un forage ☐
- 14-Si vous vous approvisionnez en eau dans une maison voisine ou dans une borne fontaine, combien coûte le bidon de 20l ?
- a- 25F ☐ b-50F ☐

B-Approvisionnement en eau et assainissement

- 15-Si vous vous approvisionnez en eau potable à l'extérieur de votre maison, comment la transportez-vous ?
- a-dans une bassine non couverte ☐ b-dans une bassine couverte ☐ c-dans un bidon ☐
- 16-Lavez-vous la bassine ou le bidon avant d'y mettre de l'eau ?
- a-oui ☐ b-non ☐

17-Comment conservez-vous l'eau potable à la maison ?

a-dans un récipient non couvert ☐ b-dans un récipient couvert ☐ c-dans un bidon ☐

18-Quelle est la fréquence du renouvellement de l'eau ?

a-tous les jours ☐ b- une à deux fois par semaine ☐ c- trois fois et plus par semaine ☐

19-Où déversez-vous les eaux usées domestiques ?

a-dans la cour de la maison ☐ b-dans la rue ☐ c-dans les caniveaux ☐

☐ d-autre à préciser.....

20- Quel type de latrine avez-vous ?

a-sanitaire ☐ b-flottante sur l'eau ☐ c-flottante sur les tas d'ordures ☐ d-en fosse dallée ☐

e-pas de latrine ☐

21-Si vous n'avez pas de latrine, où faites-vous vos besoins ?

a-dans une latrine publique sur pilotis ☐ b-dans une latrine publique ☐

c- ☐ autre : préciser.....

22- Si vous avez une latrine, quelle est la périodicité de sa vidange ?

a- une fois par an ☐ b-tous les cinq ans ☐

☐ c-autre à préciser.....

23-Avez-vous recours aux services des sociétés de vidange ?

a-oui ☐ b-non ☐

Si oui, laquelle ?.....

Sinon comment la videz-vous ?

a- en l'ouvrant vers les caniveaux ☐ b-en l'ouvrant sur la rue ☐

☐ c-autre à préciser.....

24-Comment sont évacuées les eaux de pluie dans votre quartier ?

a-dans des caniveaux à ciel ouvert ☐ b-dans des caniveaux fermés ☐ c-dans la rue ☐

C-Consommation de l'eau

25-Quelle eau utilisez-vous pour la boisson ?

a-eau de pompe ☐ b-eau du puits ☐ c-eau de la pluie ☐ d-eau embouteillée

e-eau bouillie ☐ f- eau de la lagune ou du lac g-☐ autre à préciser.....

26-quelle eau utilisez-vous pour la préparation de nourriture ?

a-eau de pompe ☐ b- eau du puits ☐ c-eau de la pluie☐ d-eau embouteillée ☐

e- eau de la lagune ou du lac ☐ f- ☐ autre à préciser.....

27-Quelle eau utilisez-vous pour les toilettes (douches, WC) ?

a-eau de pompe ☐ b- eau du puits ☐ c-eau de la pluie ☐ d-eau embouteillée ☐

e- eau de la lagune ou du lac ☐ f- ☐ autre à préciser.....

28-Quelle eau utilisez-vous pour le brossage des dents ?

a-eau de pompe ☐ b- eau du puits ☐ c-eau de la pluie☐ d-eau embouteillée ☐

e- eau de la lagune ou du lac ☐ f- ☐ autre à préciser.....

29-Quelle eau utilisez-vous pour le lavage des légumes avant préparation ?

a-eau de pompe ☐ b- eau du puits ☐ c-eau de la pluie☐ d-eau embouteillée ☐

e- eau de la lagune ou du lac ☐ f- ☐ autre à préciser.....

30- Faites-vous des rituels religieux au bord du lac ou de la lagune ?

a-oui ☐ b-non ☐

31- Combien de fois êtes-vous en contact avec l'eau par jour ?

a-1 à 3 fois ☐ b-3 à 6 fois ☐ c-6 à 10 fois ☐ d-plus de 10 fois ☐

32- A quelle occasion êtes-vous en contact de l'eau ?

a- En cuisine☐ b-pendant les toilettes☐ c-en faisant la lessive☐ d-☐autre à préciser-

C-Habitation et densité

33-Habitez-vous ?

a- votre propre maison☐ b-en location☐ c-chez un proche ☐

34-Comment a été acquise la parcelle sur laquelle cette maison a été construite ?

a-achat ☐ b-bail emphytéotique☐ c-don ☐ d-prêt pour usage☐

35-Quelle est la superficie de votre logement ?

a-5 à 20 m2 ☐ b-20 à 40 m2 ☐ c-40 m2 et plus ☐

36-Combien de personnes y vivent-elles ?

a-1 à 5 ☐ b-5 à 10 ☐ c-10 et plus ☐

37-Depuis combien de temps vivez-vous ici ?

a-1 à 5 ans ☐ b-5 à 10 ans ☐ c- 10 à 20 ans ☐ d-plus de 20 ans ☐

38- D'où êtes-vous venu ?

III- Dimension culturelle de la vulnérabilité

C- Représentations sociales et connaissance du choléra

39-Avez-vous souffert une fois du choléra ?

a-oui ☐ b-non ☐ c-ne sais pas ☐

40- Si oui, comment avez-vous su que c'était le choléra ?

a-par un proche ☐ b-dans un centre de santé ☐ c-par les symptômes ☐

41-Quels sont selon vous les symptômes du choléra ?

a-diarrhée abondante ☐ b-vomissement ☐ c-faiblesse de l'organisme ☐ d-ne sait pas ☐

e- ☐ autre, précisez.....

42-Quelle est la cause de la contamination par le choléra ?

a-consommation d'eau ou d'aliments contaminés ☐

b-contact direct avec des malades (mains, linges, cadavres, etc.) ou avec leurs effets ☐

☐ c- le non respect des totems, expliquer :.....

☐ d-l'adultère, expliquer :.....

☐ e- la sorcellerie, expliquer :.....

☐ f-le gris -gris, expliquer :.....

43-Qu'avez-vous fait lorsque la maladie a commencé ?

☐ a-automédication, quel médicament et pour quoi ?.....

☐ b-soins au centre de santé, lequel ?.....

☐ c-soins chez un tradipraticien, quel soin avez-vous fait ?.....

44-Avez-vous été guéri suite à vos recours thérapeutiques ?

a-oui ☐ b-non ☐

Si non, qu'avez-vous fait?.....

45-Pensez-vous les malades sont bien pris en charge au centre de santé d'Ayélawadjè ?

a-oui ☐ b-non ☐

Si non, expliquer.....

46-Comment vous vous protégez du choléra ?

a- en buvant de l'eau potable ☐ b- en me faisant vacciner ☐

c-en me lavant les mains après les toilettes et avant chaque repas ☐

d- en faisant des rites sacrificiels régulièrement ☐

☐ e-en respectant les totems, lesquels ?.....

☐ f-autre à préciser.....

IV- Aspects politiques de la vulnérabilité

D-Mobilisation institutionnelle pour la prévention et la lutte contre la propagation du choléra

47- Existe-t-il des organisations qui travaillent dans votre quartier pour prévenir les épidémies de choléra ?

a-oui ☐ b-non ☐ c-ne sais pas ☐

Si oui, citez les organisations que vous connaissez.....

.....

48-Quelles sont les activités qu'elles mènent ?

☐ a- réalisation d'infrastructures, citer.....

b-sensibilisation des populations sur les mesures d'hygiène ☐

c-distribution d'eau potable ☐ d-désinfection des puits et latrines ☐ e-vaccination ☐

f- ☐ autre, préciser.....

49-A quel moment interviennent ces organisations ?

a-avant l'épidémie ☐ b-pendant l'épidémie ☐

50-Mettez-vous en pratique les conseils reçus de ces organisations ?

a-oui ☐ b-non ☐

Sinon, pourquoi ?.....

.....

51-Que reprochez-vous aux actions de ces organisations ?

.....

.....

V-Mobilité des individus

E- Voyage à l'extérieur de la ville

52-Avez-vous voyagé à l'extérieur de la ville quelques jours avant de tomber malade du choléra ?

a-oui ☐ b-Non ☐

Si oui dans quelle autre ville vous êtes-vous rendu ?

.....

F-Déplacements à l'intérieur de la ville

53-Quels sont les endroits que vous fréquentez régulièrement ?

a-Marché ☐ b-lieu de travail ☐ c-église ☐ d-Mosquée ☐ e- ☐ autre à préciser--

54-Par quel moyen de transport vous y rendez-vous ?

a-taxi-bus ☐ b-taxi ☐ c-taxi-moto ☐ d-taxi tricycle ☐ e- marche f- ☐ autre à préciser-----

55-Avec combien de personnes environ êtes-vous en contact par jour ?

a-entre 10 et 20 ☐ b-entre 20 et 30 ☐ c-entre 30 et 40 ☐ d-entre 40 et 50 ☐ e-plus de 50 ☐

Annexe 5 : LISTE DES PERSONNES ENQUETÉES PAR QUESTIONNAIRE

Nu- méro	Age	Sexe	Quartier	Ethnie	Situation matrimo- niale	Nationalité	Niveau d'étude	Activité principale	Malade du choléra
1	29	F	Agbato	lokpa	marié	béninoise	primaire	artisan	oui
2	10	F	Agbato	Lokpa	enfant	béninoise	primaire	élève	Non
3	31	F	Agbato	goun	marié	béninoise	non scolarisé	artisan	Oui
4	40	F	Agbato	xwla	marié	béninoise	non scolarisé	commerçant	non
5	3	M	Agbato	xwla	enfant	béninoise	non encore scolarisé	autres	oui
6	4	M	Agbato	xwla	enfant	béninoise	primaire	élève	non
7	5	F	Agbato	xwla	enfant	béninoise	primaire	élève	non
8	30	F	Agbato	Mina	marié	béninoise	primaire	commerçant	non
9	22	F	Agbato	goun	marié	béninoise	primaire	commerçant	oui
10	29	M	Agbato	xwla	marié	béninoise	secondaire	employer secteur prive	non
11	25	F	Agbato	xwla	marié	béninoise	non scolarisé	commerçant	non
12	55	M	Agbato	goun	marié	béninoise	primaire	artisan	non
13	24	F	Agbato	goun	marié	béninoise	non scolarisé	commerçant	non
14	44	M	Agbato	xwla	marié	béninoise	non scolarisé	pêcheur	oui
15	35	F	Agbato	éwé	mariée	togolaise	non scolarisé	artisan	oui
16	50	M	Agbato	xwla	marié	béninoise	non scolarisé	artisan	oui
17	60	M	Agbato	goun	marié	béninoise	primaire	pêcheur	oui
18	38	M	Agbato	goun	marié	béninoise	primaire	employé secteur prive	non
19	26	M	Agbato	xwla	célibataire	béninoise	primaire	artisan	non
20	20	F	Kpankpan	Adja	marié	béninoise	non scolarise	commerçant	non
21	32	F	Kpankpan	goun	célibataire	béninoise	primaire	commerçant	oui
22	7	M	Kpankpan	goun	enfant	béninoise	primaire	élève	oui

23	7	M	Kpankpan	goun	enfant	béninoise	primaire	élève	non
24	24	F	Kpankpan	goun	célibataire	béninoise	secondaire	employé secteur privé	oui
25	19	F	Kpankpan	goun	célibataire	béninoise	secondaire	élève	non
26	50	F	Kpankpan	Ibo	marié	nigériane	non scolarisé	commerçant	non
27	3	M	Kpankpan	dendi	enfant	béninoise	non encore scolarisé	sans objet	oui
28	3	M	Kpankpan	dendi	enfant	béninoise	non encore scolarisé	sans objet	oui
29	12	F	Kpankpan	dendi	enfant	béninoise	secondaire	élève	non
30	35	M	Kpankpan	goun	marié	béninoise	secondaire	artisan	oui
31	24	F	Kpankpan	goun	marié	béninoise	secondaire	commerçant	non
32	40	F	Kpankpan	goun	marié	béninoise	primaire	commerçant	non
33	80	M	Kpankpan	toffin	marié	béninoise	non scolarisé	autres	oui
34	2	F	Kpankpan	goun	enfant	béninoise	non encore scolarisé	autres	non
35	3	F	Kpankpan	goun	enfant	béninoise	non encore scolarisé	autres	non
36	1	M	Kpankpan	goun	enfant	béninoise	non encore scolarisé	autres	oui
37	13	M	Kpankpan	goun	enfant	béninoise	secondaire	élève	oui
38	17	M	Kpankpan	goun	célibataire	béninoise	secondaire	élève	non
39	3	F	Kpankpan	xwla	enfant	béninoise	non encore scolarisé	autres	oui
40	7	M	Kpankpan	xwla	enfant	béninoise	non encore scolarisé	autres	oui
41	21	M	Enagnon	goun	célibataire	béninoise	primaire	artisan	oui
42	22	M	Enagnon	goun	célibataire	béninoise	secondaire	artisan	non
43	25	F	Enagnon	mina	marié	béninoise	non scolarisé	commerçant	non
44	51	M	Enagnon	goun	marié	béninoise	primaire	employé secteur privé	oui

45	26	M	Enagnon	goun	célibataire	béninoise	secondaire	commerçant	oui
46	25	F	Enagnon	goun	marié	béninoise	secondaire	artisan	non
47	28	F	Enagnon	german	marié	nigérienne	non scolarisé	commerçant	oui
48	12	F	Enagnon	german	marié	nigérienne	non scolarisé	autres	oui
49	21	M	Enagnon	german	célibataire	nigérienne	secondaire	commerçant	non
50	37	F	Enagnon	german	marié	nigérienne	non scolarisé	commerçant	non
51	9	M	Enagnon	ghana	enfant	ghanéenne	primaire	élève	oui
52	7	M	Enagnon	ghana	enfant	ghanéenne	primaire	élève	non
53	4	M	Enagnon	xwla	enfant	béninoise	non encore scolarisé	autres	oui
54	2	F	Enagnon	xwla	enfant	béninoise	non encore scolarisé	autres	non
55	3	F	Enagnon	xwla	enfant	béninoise	non encore scolarisé	autres	non
56	1	M	Enagnon	german	enfant	nigérienne	non encore scolarisé	autres	oui
57	5	M	Enagnon	german	Enfant	nigérienne	non encore scolarisé	autres	non
58	3	F	Enagnon	german	enfant	nigérienne	non encore scolarisé	autres	non
59	1	M	Enagnon	xwla	enfant	béninoise	non encore scolarisé	autres	oui
60	3	M	Enagnon	xwla	enfant	béninoise	non encore scolarisé	autres	non
61	37	M	Enagnon	german	célibataire	nigérienne	primaire	commerçant	oui
62	29	M	Enagnon	german	célibataire	nigérienne	primaire	commerçant	non
63	37	F	Enagnon	goun	marié	béninoise	primaire	commerçant	non
64	5	F	Enagnon	goun	enfant	béninoise	non encore scolarisé	autres	oui

65	31	M	Enagnon	peda	marié	béninoise	secondaire	artisan	oui
66	3	M	Enagnon	german	enfant	nigérienne	non encore scolarisé	autres	oui
67	26	F	Enagnon	peda	marié	béninoise	secondaire	commerçant	non
68	28	M	Enagnon	goun	célibataire	béninoise	primaire	commerçant	non
69	5	M	Enagnon	german	enfant	nigérienne	non encore scolarisé	autres	non
70	11	M	Enagnon	fon	enfant	béninoise	primaire	élève	oui
71	1	M	Enagnon	fon	enfant	béninoise	non encore scolarisé	autres	non
72	30	F	Enagnon	ewe	célibataire	togolaise	non scolarisé	commerçant	oui
73	42	F	Enagnon	ghana	marié	ghanéenne	non scolarisé	commerçant	non
74	3	F	Enagnon	goun	enfant	béninoise	non encore scolarisé	autres	oui
75	6	M	Enagnon	fon	enfant	béninoise	non encore scolarisé	autres	non
76	4	F	Enagnon	fon	enfant	béninoise	non encore scolarisé	autres	non
77	22	M	Enagnon	goun	célibataire	béninoise	non scolarisé	autres	oui
78	24	M	Enagnon	goun	célibataire	béninoise	primaire	autres	non
79	25	F	Enagnon	goun	marié	béninoise	primaire	autres	oui
80	42	M	Enagnon	xwla	marié	béninoise	primaire	autres	oui
81	30	M	Enagnon	german	marié	nigérienne	secondaire	commerçant	oui
82	28	M	Enagnon	goun	marié	béninoise	primaire	employé secteur prive	oui
83	29	F	Enagnon	mina	marié	togolaise	non scolarisé	commerçant	oui
84	24	M	Enagnon	german	célibataire	nigérienne	primaire	commerçant	oui
85	20	F	Enagnon	german	marié	nigérienne	non scolarisé	commerçant	oui
86	19	M	Enagnon	goun	célibataire	béninoise	secondaire	élève	oui
87	26	F	Enagnon	goun	marié	béninoise	secondaire	autres	oui

LISTE DES CARTES

Carte 1 : Classification des pays selon le stade d'élimination du paludisme dans le monde en décembre 2013	42
Carte 2 : Prévalence du VIH dans la population des 15-49 ans par région OMS en 2013	47
Carte 3 : Répartition de la prévalence de la malnutrition dans le monde en 2014.....	57
Carte 4 : Répartition des cas de choléra dans le monde entre 2004 et 2007.....	89
Carte 5 : Répartition des cas de choléra dans le monde en 2011.....	91
Carte 6 : Ville de Cotonou.....	118
Carte 7 : Répartition des arrondissements de Cotonou selon les zones sanitaires.....	125
Carte 8 : Situation des trois quartiers choisis pour l'enquête de terrain	129
Carte 9 : Répartition des douze départements du Bénin.....	161
Carte 10 : Réseau hydrographique du Bénin.....	163
Carte 11: Répartition des cas de choléra dans la ville de Cotonou en 2010	180
Carte 12 : Répartition des cas de choléra dans la ville de Cotonou en 2011	182
Carte 13 : Répartition du choléra dans la ville de Cotonou en 2013	183
Carte 14 : Taux de pauvreté à Cotonou par arrondissement.....	200
Carte 15 : Incidence du choléra par arrondissement dans la ville de Cotonou.....	207
Carte 16 : Répartition spatiale des ménages cholériques et des ouvrages d'eau et d'assainissement dans le quartier Agbato.....	234
Carte 17: Répartition des ménages de malades cholériques et des ouvrages d'eau et d'assainissement dans le quartier Enagnon	236
Carte 18 : Répartition des ménages de malades cholériques et des ouvrages d'eau et d'assainissement dans le quartier Kpankpan.....	237
Carte 19 : Projet d'aménagement des berges de la lagune de Cotonou.....	369

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Variation du nombre de cas de choléra au Bénin de 2004 à 2013	159
Graphique 2 : Proportion de la population et des cas de choléra des départements de l'Atlantique, du Littoral et de l'Ouémé par rapport à l'ensemble du Bénin	172
Graphique 3: Proportion de la population urbaine et des malades par rapport à l'ensemble du Bénin	178
Graphique 4 : Incidence du choléra par quartier de la berge est de la lagune de Cotonou... ..	186
Graphique 5 : Incidence du choléra par quartier de la berge est de la lagune de Cotonou en 2011	186
Graphique 6 : Incidence du choléra par quartier de la berge est de la lagune de Cotonou en 2013	187
Graphique 7 : Incidence moyenne du choléra par quartier de la berge est de la lagune de Cotonou entre 2010 et 2013	187
Graphique 8 : Situation de « l'extrême » pauvreté par arrondissement de Cotonou en 2008.....	198
Graphique 9 : Incidences de l'extrême pauvreté et du choléra par arrondissement de Cotonou... ..	212
Graphique 10 : Répartition des ménages interrogés dans les quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan selon leur mode de gestion des déchets solides	244
Graphique 11 : Répartition relative des écoles du secteur privé par rapport au secteur public dans la zone sanitaire Cotonou II/III, de 2002 à 2008 (%)	312
Graphique 12 : Répartition relative des enseignants des écoles primaires des secteurs public et privé de 2002 à 2007 dans la zone sanitaire Cotonou II/III (%).....	313

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Synthèse des sept pandémies de choléra	77
Tableau 2 : Répartition des cas et des décès du choléra dans le monde en 2011	90
Tableau 3 : Répartition des cas de choléra en Afrique de 2004 à 2012	92
Tableau 4 : Répartition des cas de choléra en Afrique de 2004 à 2012 (suite).....	93
Tableau 5 : Incidence des affections les plus courantes dans la ville de Cotonou entre 2010 et 2013	121
Tableau 6 : Les quatre zones sanitaires de Cotonou et les arrondissements qui les composent	126
Tableau 7 : Récapitulatif des personnes interrogées.....	141
Tableau 8 : Répartition des enquêtés selon le profil cholérique du ménage	144
Tableau 9 : Répartition des enquêtés selon le profil cholérique et le quartier de résidence	145
Tableau 10 : Incidence (pour 100 000 habitants) du choléra au Bénin de 2004 à 2013.....	157
Tableau 11 : Densités de population par département au Bénin en 2013	165
Tableau 12: Incidence (pour 10 000 habitants) et létalité (en %) du choléra par département au Bénin de 2004 à 2006.....	166
Tableau 13: Incidence (pour 10 000 habitants) et létalité (en %) du choléra par département au Bénin de 2008 à 2010.....	167
Tableau 14: Incidence (pour 10 000 habitants) et létalité (%) du choléra par département au Bénin de 2010 à 2013.....	168
Tableau 15 : Fréquence d'épidémies de choléra par département au Bénin de 2004 à 2013....	169
Tableau 16 : Récapitulatif de l'incidence (pour 10 000 habitants) du choléra sur les douze départements.....	170
Tableau 17 : Comparaison des rangs occupés par chaque département en termes d'incidence du choléra entre 2004 et 2013	170
Tableau 18 : Proportion de la population des départements de l'Atlantique, du Littoral et de l'Ouémé, et des cas de choléra sur l'ensemble du Bénin...	171
Tableau 19 : Présentation sommaire des six villes chefs-lieux de départements au Bénin.....	174
Tableau 20 : Incidence (pour 10 000 habitants) et létalité (en %) du choléra dans les villes au Bénin en 2004 et 2005.....	176
Tableau 21 : Incidence (pour 10000 habitants) et létalité (en %) du choléra dans les villes au Bénin en 2008 et 2010.....	176
Tableau 22 : Incidence (pour 10 000 habitants) et létalité (en %) du choléra dans les villes au Bénin en 2011.....	177
Tableau 23 : Proportion de la population des six villes et fréquence (en %) du choléra par rapport à l'ensemble du Bénin en 2004, 2005 et 2008.....	177
Tableau 24 : Proportion de la population des six villes et fréquence du choléra par rapport à l'ensemble du Bénin en 2010 et 2011... ..	177
Tableau 25 : Proportion de malades cholériques dans les dix quartiers de la berge lagunaire est de Cotonou en 2010 et 2011.....	185

Tableau 26 : Proportion de malades cholériques dans les dix quartiers de la berge lagunaire est de Cotonou en 2013.....	185
Tableau 27 : L'« extrême » pauvreté dans les arrondissements de Cotonou.....	198
Tableau 28 : Comparaison des densités humaines (habitants/Km ²) dans les arrondissements périphériques et centraux de Cotonou.....	201
Tableau 29 : Incidence du choléra (pour 10 000 habitants) par arrondissement de Cotonou en 2010.....	205
Tableau 30 : Incidence du choléra (pour 10 000 habitants) par arrondissement de Cotonou en 2011.....	205
Tableau 31 : Incidence du choléra (pour 10 000 habitants) par arrondissement de Cotonou en 2013.....	206
Tableau 32 : Incidence moyenne du choléra par arrondissement de Cotonou (pour 10 000 habitants) entre 2010 et 2013.....	206
Tableau 33 : Répartition des ménages selon le système d'évacuation des eaux usées utilisé en 2006.....	210
Tableau 34: Comparaison des incidences de l'extrême pauvreté et du choléra par arrondissement de Cotonou.....	211
Tableau 35 : Incidence moyenne du choléra dans les quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan entre 2010 et 2014.....	223
Tableau 36 : Fréquence de latrines à fosses privées dans les trois quartiers.....	250
Tableau 37 : Fréquence de latrines publiques à fosse dans les quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan.....	252
Tableau 38 : Fréquence de latrines publiques sur pilotis dans les trois quartiers en 2011.....	254
Tableau 39 : Formations sanitaires dans les quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan en 2012.....	311
Tableau 40 : Tableau comparatif des effectifs des écoles primaires et des enseignants des secteurs public et privé de 2003 à 2008 dans la zone sanitaire Cotonou II/III	312
Tableau 41: Evolution de l'incidence et de la létalité du choléra au Bénin de 2004 à 2013.....	337
Tableau 42: Evolution de l'incidence et de la létalité du choléra dans la ville de Cotonou entre 2008 et 2013	338

LISTE DES PHOTOGRAPHIES

Photo 1 : Activité maraîchère dans le 12 ^e arrondissement de Cotonou.....	202
Photo 2 : Inondation à Cotonou.....	209
Photo 3 : Collecteur d’eaux engorgé au quartier Minontchou à Cotonou.....	209
Photo 4 : Des femmes revenant du marché Dantokpa dans une pirogue à Kpankpan.....	218
Photo 5 : Habitat moderne côtoyant une pancarte d’interdiction d’installation dans le quartier Kpankpan... ..	220
Photo 6 : Habitat précaire dans les quartiers Enagon et Agbato.....	222
Photo 7 : Immondices sur la berge lagunaire de Cotonou.....	226
Photo 8 : Processus de remblaiement du lac à Gankpodo.....	247
Photo 9 : Latrine sur pilotis dans le quartier Agbato.....	253
Photo 10 : un enfant déféquant sur la plage dans le quartier Enagon.....	255
Photo 11: Un enfant sur un dépotoir d’ordures à Enagon.....	257
Photo 12 : Latrine à fosse publique à Enagon.....	260
Photo 13 : Latrine privée dans une concession à Kpankpan.....	262
Photo 14: Les conducteurs de taxis-motos dans une latrine publique.....	267
Photo 15: Puits à Agbato.....	272
Photo 16 : Point de regroupement des ordures dans le quartier Kpankpan au bord de la lagune de Cotonou.....	287
Photo 17 : Latrine issue d’une protestation dans le quartier Agbato.....	303
Photo 18 : Latrine issue d’une protestation dans le quartier Agbato.....	307
Photo 19 : Points d’eau potable privés installés sur la plage à Enagon.....	309
Photo 20 : Formations sanitaires privées dans le quartier Enagon.....	311
Photo 21 : Communication de proximité dans le quartier Enagon de Cotonou sur le choléra	329

SOURCES DE DONNÉES SECONDAIRES

I-Rapports et documents administratifs

Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP Bénin, 2003-2005).

Haute Autorité de l'Audiovisuel et de la communication, *Annuaire des Journalistes et organes de presse*, Bénin, septembre 2013, 64 p.

INSAE, *Enquête modulaire sur les conditions de vie des ménages, (EMICoV)*, 2ème édition, Principaux indicateurs, Bénin, (2010 et 2011).

INSAE, *Cahier des villages et quartiers de ville*. Département de l'Ouémé, 2004.

INSAE, RGPH4 : *Que retenir des effectifs de la population en 2013*, Bénin, juin 2015.

INSAE, *Recensement Général de la population et de l'Habitat (RGPH 3)*, Bénin, 2002.

INSAE, *Enquête Démographique et de Santé (EDSB-IV) 2006 et 2011-2012*

Mairie de Cotonou. *Plan de développement communal*, Bénin, 2008.

Ministère de la santé, *Annuaire des statistiques sanitaires* 2005, Bénin, 184 p.

Ministère de la santé publique, *Annuaire des statistiques sanitaires* 2010, Bénin, 110 p.

Ministère de la santé publique, *Annuaire des statistiques sanitaires* 2013, Bénin.

Ministère de la santé, Ministère de l'environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme, *Analyse de la situation et estimation des besoins en santé et environnement au Bénin en vue de la préparation des Plans nationaux d'action conjointe*, Cotonou, décembre 2012.

Ministère de l'environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme, *Plan d'action environnementale*, Cotonou, 1993.

OMS, PNE, *Déclaration de Libreville sur la santé et l'Environnement en Afrique*, Libreville, 28 août 2008.

OMS, PNE, *Mise en œuvre de la Déclaration de Libreville sur la santé et l'Environnement en Afrique. Engagement de Luanda*, Luanda, 26 novembre 2010.

OMS, *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*, New York, 1946.

OMS, *Les soins de santé primaires : rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS)*, Organisation mondiale de la Santé, 1978.

OMS, *Notre planète, notre santé : Rapport de la Commission santé et environnement*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1992, 337 p.

OMS Bureau régional de l'Europe, *Environment and Health : the European Charter and Commentary*, Copenhagen, WHO/Europe, 1990.

OMS, *Penser à l'Europe de demain. La santé et l'environnement dans la Région européenne de l'OMS*, Helsinki, 1994.

OMS, *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2 août 2013, 88e année, pp. 321-336.

OMS, *Réunion inter pays sur la prévention et la lutte contre le choléra, région I, II, Cotonou, Bénin 13-16 janvier 1992*.

OMS, Département des Maladies transmissibles- Surveillance et Action, *Normes recommandées par l'OMS pour la Surveillance*, 2ème édition - juin 2000.

OMS, *Statistiques sanitaires mondiales* 2010, 177 p.

OMS, *Statistiques sanitaires mondiales 2014, une masse d'informations sur la santé publique mondiale*, 12 p.

OMS, *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014*. « Atteindre les neuf cibles mondiales : une responsabilité partagée ».

ONU, *Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement*, Rio de Janeiro, Nations-Unies. 1992b.

ONU, *Objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport de 2011*, 72 p.

ONU, *Objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport de 2013*, 64 p.

ONU, *Objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport de 2015*, 75 p.

ONU-Habitat, *Rapport sur la situation des villes dans le monde 2008-2009 : Villes harmonieuses*.

ONU-Habitat, *L'état des villes africaines, 2010. Gouvernance, Inégalités et marchés fonciers urbains*, 268 p.

ONUSIDA, *Le point sur l'épidémie de sida en 2009*, 17 p.

Roll Back Malaria, *Plan d'action mondial contre le paludisme. Pour un monde sans paludisme, 2010-2015*, www.rollbackmalaria.org.

SONEB, *Bilan d'exécution du plan prévisionnel de développement de l'entreprise (PPDE) 2009*, Cotonou, avril 2010.

UEMOA, *Atlas UEMOA de la pêche continentale. Programme régional de renforcement de la collecte des données statistiques des pêches dans les Etats membres*, Ouagadougou, 2013.

UNICEF, OMS, *l'Atelier de Dakar sur la lutte contre le choléra et les maladies diarrhéiques en Afrique de l'Ouest et du Centre*, Dakar, 14 au 16 mai 2008.

Zone sanitaire Cotonou II/III, *Annuaire des statistiques sanitaires de la zone Cotonou II/III*, Cotonou, 2010.

Zone sanitaire Cotonou I/IV, *Annuaire des statistiques sanitaires de la zone Cotonou I/IV*, Cotonou, 2011.

Zone sanitaire Cotonou VI, *Annuaire des statistiques sanitaires de la zone Cotonou VI*, Cotonou, 2011.

Zone sanitaire Cotonou II/III, *Annuaire des statistiques sanitaires Cotonou II/III*, Cotonou, 2013.

II-Articles de presse internationale

Bousquet Delphine, « Bénin: la colère des «squatteurs» de la lagune de Cotonou refoulés vers l’océan », publié dans *SlateAfrique*, consulté sur www.slateafrique.com le 14 novembre 2014.

Cissé, A. « Guinée-Bissau : les ravages du choléra et de la pauvreté » publié le 3/10/2008, consulté le 7 mars 2014 sur le site internet www.syfia.info.

Coumba Sylla, « Un pèlerinage sous la menace du choléra » publié le 28/09/2005 sur le site de RFI www.rfi.fr.

Coumba Sylla, « Sénégal, l’épidémie de choléra gagne du terrain, publié le 28/09/2005 sur www.rfi.fr, consulté le 12 février 2014.

Demeulin Florence, « Les conditions de vie des bidonvilles aggravent l’épidémie de choléra à Freetown », publié le 20 août 2012 sur <http://www.msf.ca/fr>, consulté le 12 février 2014.

Didier Samson, « Sénégal, un pèlerinage sous la menace du choléra », publié le 30/03/2005 sur www.rfi.fr.

Faso.Net, « Aquatabs : un produit de traitement de l’eau à domicile », publié par *Le faso.net* le 9 avril 2013, consulté le 17 février 2016.

Idrac Charlotte, « La Somalie entre famine et choléra », publié le 12/08/2011 sur le site internet de RFI, www.rfi.fr, consulté le 19/02/2013.

Le Parisien, « Ebola : tout ce qu’il faut savoir sur la maladie » publié le 7 octobre 2014 par *Le Parisien*, et consulté le 10 décembre 2014 sur www.leparisien.fr.

Reynes Raphaël, « RDC, insoutenable situation humanitaire », publié le 04/11/2011 et consulté le 19/02/2013 sur le site www.rfi.fr.

RFI, « La Somalie entre famine et choléra », publié le 12/08/2011 par RFI www.rfi.fr, consulté le 2 février 2014.

RFI, « Choléra : les Sud Africains redoutent l’épidémie venue du Nord », publié le 11/12/2008 par RFI sur www.rfi.fr, et consulté le 2 février 2014.

Rocheffort Mathieu, « Choléra au Zimbabwe : un orphelin accuse le gouvernement » publié le 11/12/2008 et consulté le 22/02/2013 sur www.rfi.fr.

III-Presses nationale

Affanou Roland, « Xwlacodji : la population commémore dans la détresse l’an 1 de la destruction de plus de 450 habitations », publié dans *La Nouvelle Tribune* du 6 mai 2013, consulté le 5 mars 2016.

Amoulé Eustache, « A Cotonou : Les pré-collecteurs d’ordures ménagères entre misère et survie », publié dans le Journal *Fraternité* du 24 juillet 2014, <http://www.fraternitebj.info>, consulté le 20 octobre 2015.

Ahouansè Blaise, « Epidémie généralisée: le choléra atteint toute la ville de Cotonou », paru dans *La Nouvelle Tribune* du 31 août 2010.

Baldé Assanatou, « Bénin : 7 morts dans une épidémie de choléra », publié le 14 juillet 2014 sur <http://www.afrik.com>, consulté le 11 décembre 2015.

Cellule de communication de la présidence de la République, « Descente à Gbogbanou : Boni Yayi répond à l’appel des usagers du marché », publié dans *La Presse Du Jour* du 26 mai 2012.

Croix Rouge, « Epidémie de choléra au Bénin », publié le 31 octobre 2013 sur <http://www.croix-rouge.be>, consulté le 20 décembre 2015.

De souza Babyllas, « La pré-collecte des ordures ménagères, un créneau porteur », publié le 22 mars 2013 sur <http://babyllas25.mondoblog.org/2013/03/22/la-pre-collecte-des-ordures-menageres-un-creneau-porteur>.

Dossa Colbert, « Insalubrité à Cotonou : Quand les malades mentaux s’y mêlent », publié dans *Dignité Féminine*, le 11 mai 2010, consulté le 5 novembre 2014.

Falola Ibrahim, « Inondation à Cotonou : un fléau évitable », publié dans *Nouvelles mutations* du 15 avril 2014, consulté le 7 août 2015

Gamaï Léonce, « Visite du pape Benoît XVI au Bénin : Cotonou fait son lifting pour accueillir l’autorité papale », publié le 28 octobre 2011, dans *La Nouvelle Tribune*, consulté le 16 juillet 2015.

Gamaï Léonce, « Déguerpissement de la berge lagunaire de Cotonou : la preuve que le maire Soglo informé avait donné sa caution », publié dans *La Nouvelle Tribune* du 15 mai 2012, consulté le 10 février 2016.

Gbaguidi Gathum, « Municipales 2013 : Marchés de Cotonou, des trésors électoraux », dans *Le Matinal* du 29 Mai 2012, consulté le 10 février 2016.

Gbaguidi Donatien, « Casses à la berge lagunaire de Cotonou : l’enfer des déguerpis de Placodji », publié dans *L’Événement Précis* du 8 juin 2012, consulté le 10 octobre 2015

Gnimadi Gilles, « Insalubrité : la ville de Cotonou ressemble à une poubelle », publié dans le Journal *Adjinakou*, du 24 mai 2011, consulté le 4 novembre 2014 sur www.beninsite.net

Gbènakpon Ghislain, « Coopération Pund-mairie de Cotonou : 8 modules de toilettes publiques inaugurées hier », publié le 22 juin 2011, dans *Quotidien Le Nokoué*, consulté le 18 novembre 2014 sur www.quotidiennokoue.com.

Groga-Broda Malika, « Bénin : immersion dans le ventre de Cotonou », publié le 10 janvier 2012, dans *Jeune Afrique*, <http://www.jeuneafrique.com/>, consulté le 17 octobre 2015.

Groult Basile, « Épidémie de choléra au Bénin », publié le 19 octobre 2005 sur <http://www.vidome.com>, consulté le 11 décembre 2015 ; etc.

Hèdégbé Gérys, « Le manque de toilettes, l’autre source d’insalubrité », publié dans *Adjinakou*, du 1^{er} juillet 2013, et consulté le 19 novembre 2014 sur <http://www.journal-adjinakou-benin.info>.

Houéto Valère, Noudaïkpon Grégoire, « A la découverte de la police sanitaire à Porto-Novo », publié sur <http://base.afrique-gouvernance.net>, en août 2008 et consulté le 19 janvier 2016.

Houngnibo Herbert, « Akpakpa-Dodomè : Aller plus loin », paru dans *la Presse du jour* le 20 mai 2010.

Kabla Boniface, « Insalubrité à Cotonou : Le quartier Agla ploie toujours sous des ordures », publié dans *La Presse du Jour*, le 4 février 2013, téléchargé sur www.lapressedujour.net le 4 mars 2015.

Kèko Ismail, « Destruction des habitations Xwla et Xweda à Xwlacodji : les griefs des députés contre le gouvernement », publié dans *La Nouvelle Tribune* du 4 juillet 2013, consulté le 5 mars 2016.

Kingbêwé Yao Hervé « Un incendie provoqué par l'essence kpayo fait d'énormes dégâts à Cotonou », publié dans le Journal *La Nouvelle Tribune* du 12 septembre 2015.

Kinnivo Franck. « Le transfert des compétences et des ressources aux communes pour une décentralisation véritable », publié dans *L'Expression* du 25 avril 2013, consulté le 15 juillet 2015.

Kouagou Inès, « Insalubrité à Cotonou : Zongo, un quartier qui résiste à la salubrité », publié le jeudi 24 avril 2014 dans *Le Matinal*, consulté le 2 novembre 2014 sur www.acotonou.com.

La Nouvelle tribune, « Déguepissement de la berge lagunaire de Xwlacodji : plus de trois cents logements détruits », publié par Euloge Quenum dans *La Nouvelle Tribune* du 8 mai 2012.

La Nouvelle Tribune, « Lutte contre l'essence frelatée au Bénin : retour à la case départ après une navigation à vue », publié dans *La Nouvelle Tribune* du 27 mars 2013.

La Presse du Jour, « La filière crevette au Bénin : un secteur en plein déclin », *La Presse du Jour* du mardi 30 juillet 2013, consulté le 16 octobre 2015.

Le Matinal, « Nouveau découpage territorial : le Bénin au bord de la division », publié par *Le Matinal* du 9 octobre 2008, consulté le 20 décembre 2014.

Le Matinal, « Destruction de boutiques et maisons de fortune sises à Gbogbanou : Les agents de la Sogema s'insurgent et dénoncent le Mehu », publié par Claude Ahovè dans *Le Matinal* du 9 mai 2012.

L'Événement Précis « Appui de la Banque Mondiale aux communes: Le Bénin obtient un complément de 17 milliards d'appui au Pgd II », publié par le Journal *L'Événement Précis* du 28 avril 2008.

La Territoriale, « Destinations FADEC. A quoi sert l'aide de l'État aux communes béninoises (entre les lignes des taux d'exécution) », *La Territoriale*, n° 0016, Cotonou, septembre 2009.

Loko Gervais, « Assainissement : le Bénin n'atteindra pas les OMD en 2015 », publié sur <http://www.podcastjournal.net>, le 10 avril 2010, consulté le 18 octobre 2015.

Mairie de Cotonou, « Tout savoir sur Cotonou » publié sur le site de la municipalité, <http://mairiedecotonou.com>, le 16/06/2011 et consulté le 14 octobre 2014.

N'Piénikoua Serge Félix, « Cotonou, ville naufragée », publié dans *Courrier International* le 28 Octobre 2010.

Tokpa Isidore « Inondation à Cotonou : à quoi jouent le maire et son adjoint », publié dans *MEDIAF* du 10 juin 2010, consulté le 7 août 2015.

Vital Ahotondji Ulrich, « Marketing social et communication comme solution durable au choléra », publié le 10 décembre 2010 dans *Inter presse services new agency*.

« Assainissement des berges lagunaires d'Abokicodji, Dédokpo, Gbogbanou et Xlacodji à Cotonou », publié dans *L'Événement Précis* du 16 mai 2012.

« Chine-Bénin: La municipalité de Ningbo fait un don à la mairie de Cotonou », publié le 13 avril 2013 sur <http://french.china.org.cn/foreign/>, consulté le 15 octobre 2015.

« La mairie de Cotonou reçoit du matériel de la Chine », publié sur <http://www.24haubenin.info>, le 14 avril 2013, consulté le 15 octobre 2015.

« Audience au Palais de la Marina : Bientôt un centre commercial sur la berge lagunaire de Cotonou », publié sur <http://www.gouv.bj/actualites>, consulté le 15 octobre 2015.

« Xwlacodji : les déguerpis sont de retour », publié par la *Nouvelle Tribune* le 18 septembre 2012.

« Un travail en chaîne pour une ville saine: Gestion des ordures ménagères à Cotonou », paru dans *Fraternité* du 26 janvier 2011.

« A Cotonou : Les pré collecteurs d'ordures ménagères entre misère et survie », publié dans *Fraternité* du 24 juillet 2014, <http://www.fraternitebj.info>, consulté le 10 décembre 2014.

« Un travail en chaîne pour une ville saine: Gestion des ordures ménagères à Cotonou », consulté le 14 juillet 2015 sur bj.jolome.com.

« Descente du Maire de Cotonou sur les berges lagunaires du 5^e arrondissement ce jour : Nicéphore SOGLO aux côtés des victimes », publié dans le journal *Matin Libre*, consulté le 15 juillet 2015.

« Bénin : immersion dans le ventre de Cotonou » dans *Jeune Afrique* du 12 janvier 2012, consulté le 15 juillet 2015.

« Un travail en chaîne pour une ville saine: Gestion des ordures ménagères à Cotonou », dans *Fraternité* du 26 janvier 2011, consulté le 18 octobre 2015.

« Gestion des ordures à Cotonou : Dantokpa, le bouc-émissaire des Soglo », publié par *Le Matinal*, consulté le 15 juillet 2014 sur www.beninactu.com.

« Gestion des déchets solides ménagers au marché Dantokpa : la mairie de Cotonou et la SOGEMA se rejettent la responsabilité », publié le 27 mars 2014 par *La Nation*, consulté le 15 mai 2015.

« Don aux déguerpis de la berge lagunaire de Cotonou : Abdoulaye Bio Tchané compatit aux souffrances des sinistrés de Xwlacodji », publié par Jean-Claude Dossa dans *L'Événement Précis* du 18 juin 2012.

« Le président Soglo console les sinistrés des berges lagunaires à Cotonou », paru dans *La Nouvelle Tribune* du 14 mai 2012, consulté le 14 mai 2013.

« Poursuite de l'opération d'assainissement de la berge lagunaire : Missèbo rasée, victimes et autorités s'accusent », publié dans *Le Matinal* du 9 mai 2012, consulté le 29 mai 2016.

« Destruction de boutiques et maisons de fortune sises à Gbogbanou: Les agents de la Sogema s'insurgent et dénoncent le Mehu », publié le dans *Le Matinal* du 9 mai 2012, consulté le 29 mai 2016.

« Des milliers de pêcheurs sans abri après le "déguerpissement" de la lagune de Cotonou », publié le 24 avril 2012, consulté le 29 mai 2016 sur <http://observers.france24.com/fr/content/20120604-benin-cotonou-France>.

« Léhady Soglo dans la dynamique d'une ville toujours propre », publié dans *L'Événement Précis* du 13 août 2014, consulté le 5 mai 2014.

« Cotonou dans un état d'insalubrité à 72h de la fête du 1er août », publié dans *24aube* du 28 juillet 2013, consulté le 5 mai 2014.

SITES INTERNET

Site du Ministère béninois de la santé publique
www.sante.gouv.bj/.

Site de l'ONG Oxfam
www.oxfam.org/fr/emergency/Zimbabwe, consulté le 2 février 2014.

Site de l'OMS
<http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>.

Site d'un organe béninois de presse
www.dignitefemine.org.

Site de diffusion d'une interview du directeur des services techniques de la mairie de Cotonou
www.youtube.com/watch?v=0I-JvxZOj5k.

Site de l'Institut national de statistiques et d'analyse économique du Bénin
www.insae-bj.org/recensement2002.

Sites de récits historiques sur le choléra
<http://www.interet-general.info/spip.php?article10724>.
<http://www.dark-stories.com/cholera.htm>.

Site de l'OMS
www.who.int/fr, thème de santé, maladies infectieuses.
[www.who.int/thème de santé/ peste](http://www.who.int/thème_de_santé/peste), Bulletin d'information sur les flambées de peste.

Site du Programme alimentaire mondial
<http://fr.wfp.org/faim/faq>.

Site de la Documentation française
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/conflit-grands-lacs/index.shtml>.

Site de l'UNESCO
<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001897/189744e.pdf>.

Site de Radio France International
www.rtl.fr, consulté le 20 décembre 2015.

Site du Ministère de la famille du Bénin
<http://famillebenin.org/>.

Site de l'ONG RACINES
<http://www.ongracinesbenin.org/>.

Site de la Mairie de Cotonou
<http://mairiedecotonou.com>.

Site du réseau des journalistes sur l'assainissement en Afrique de l'ouest
<http://washjournalists.wordpress.com>.

Site de la radio France culture
<http://www.franceculture.fr/2010-11-22-le-cholera-en-haiti.html>.

TABLE DES MATIÈRES

DEDICACE.....	2
REMERCIEMENTS.....	3
RESUME.....	4
ABSTRACT	5
SOMMAIRE.....	7
INTRODUCTION GENERALE	10
L'effet des conditions socio-économiques sur la prise de conscience face aux risques sanitaires d'origine environnementale : un angle mort des recherches en santé environnementale	10
<i>Du lien entre environnement et santé à la santé environnementale</i>	11
<i>Complexité du lien entre environnement et santé et difficile émergence d'un champ de santé environnementale en Afrique.....</i>	17
<i>La place des conditions socio-économiques dans les déterminants des risques sanitaires d'origine environnementale</i>	20
<i>Le choléra comme marqueur des inégalités écologiques dans la ville de Cotonou</i>	30
<i>Une approche pluridisciplinaire pour étudier le champ de la santé environnementale à Cotonou</i>	33
PREMIÈRE PARTIE	36
Etudier les inégalités écologiques par le choléra : quelle pertinence ?	36
Chapitre 1 : Prédominance de maladies infectieuses et parasitaires dans les pays africains sur fond de pauvreté et d'urbanisation	38
1.1 La place différentielle des maladies infectieuses entre pays industrialisés et en développement	40
<i>1.1.1 Du paludisme à la fièvre Ebola : des pathologies infectieuses dominant dans les pays africains.....</i>	40
<i>1.1.2 Des pathologies et la mortalité liées au mode de vie et à l'allongement de la vie : maladies des pays développés en Afrique subsaharienne ?</i>	48
<i>1.1.3 Vers une relativisation de la transition épidémiologique en Afrique subsaharienne</i>	50
1.2 Facteurs socio-économiques, politiques et culturels des maladies infectieuses et parasitaires en Afrique subsaharienne.....	51
<i>1.2.1 Le rôle limité des facteurs climatiques dans le développement des pathologies infectieuses et parasitaires.....</i>	52
<i>1.2.2 Précarité et maladies infectieuses et parasitaires.....</i>	53
<i>1.2.3 Une forte mortalité due aux dysfonctionnements des systèmes de santé</i>	60
<i>1.2.4 La prévention des maladies infectieuses et parasitaires affrontée au contexte culturel des pays africains</i>	62
1.3 L'urbanisation en Afrique subsaharienne et le développement des pathologies infectieuses et parasitaires	65

Conclusion du chapitre.....	70
Chapitre 2 : Les conditions socio-économiques et politiques du développement du choléra : l'Afrique subsaharienne au regard de pays industrialisés	71
2.1 De l'origine asiatique du choléra aux pandémies globales	73
2.2 Le choléra au XIX^e siècle dans les pays industrialisés : entre conflits armés et précarité de conditions socio-sanitaires	78
2.2.1 Le rôle de la guerre et des troupes armées dans la diffusion du choléra	78
2.2.2 Les conditions d'existence précaires des classes ouvrières et le choléra dans les villes industrielles au XIX ^e siècle.....	81
2.2.3 Une forte mortalité due à l'ignorance de l'étiologie du choléra	85
2.3 Similitudes entre les conditions socio-économiques et politiques favorables au choléra dans les pays industrialisés et en Afrique subsaharienne	88
2.3.1 Des épidémies de choléra dans l'ensemble des pays d'Afrique subsaharienne.....	85
2.3.2 Les facteurs politiques, socio-économiques et environnementaux de développement des épidémies de choléra en Afrique subsaharienne.....	95
2.3.2.1 Conflits armés, crises humanitaires et choléra en Afrique subsaharienne.....	96
2.3.2.2 Facteurs socio-économiques et environnementaux du choléra dans les pays africains.....	98
2.3.3 Le choléra comme révélateur de l'effet de la précarité des conditions de vie sur la production des risques environnementaux	103
2.4 Les inégalités face à la maîtrise du choléra entre pays industrialisés et d'Afrique subsaharienne	104
2.4.1 Des contrôles sanitaires aux frontières à la salubrité publique : les mesures face au choléra dans les pays industrialisés.....	105
2.4.2 La lutte contre le choléra en Afrique subsaharienne : entre « surveillance » et « riposte ».....	109
Conclusion du chapitre.....	112
Chapitre 3 : Un croisement de méthodes pour étudier les inégalités socio-spatiales face aux risques sanitaires environnementaux à Cotonou	114
3.1 Les inégalités socio-spatiales de santé dans l'espace urbain : une approche interdisciplinaire.....	115
3.1.1 Cotonou : du petit village de pêcheur à la capitale économique du Bénin	116
3.1.2 Etudier le lien entre structuration socio-spatiale et choléra : une approche au croisement de l'épidémiologie, de la géographie et de la sociologie	122
3.1.3 Analyser l'effet de lieu par la comparaison de trois quartiers défavorisés	126
3.2 Une pluralité de sources complémentaires pour l'établissement du corpus d'étude.....	130
3.2.1 L'analyse préalable des statistiques sanitaires du Ministère de la santé publique	131
3.2.2 L'observation du cadre de vie : une technique déterminante pour comprendre le lien entre environnement, pratiques sociales et choléra.....	135

3.2.3 L'entretien pour comprendre les représentations sociales et les politiques publiques autour du choléra.....	139
3.2.4 Mesurer les indicateurs de conditions socio-sanitaires des ménages par le questionnaire ...	142
3.2.5 Les articles de presse : un corpus pour documenter les enjeux politiques et économiques de la salubrité urbaine	146
3.2.6 Des sources de données complémentaires	145
Conclusion du chapitre.....	151
DEUXIEME PARTIE.....	152
Effets combinés du milieu et des conditions socio-économiques sur les inégalités écologiques	152
Chapitre 4 : L'hypothèse du lien entre conditions socio-économiques et inégalités écologiques ...	154
4.1 L'ancrage du choléra dans les départements méridionaux du Bénin	155
4.1.1 Mesurer l'effet spatial du choléra au Bénin par l'approche par incidence.....	156
4.1.2 Concentration du choléra dans les départements du bassin côtier du Bénin	159
4.2 Cotonou : d'une ville lacustre à un espace vulnérable au choléra.....	173
4.3 Préoccupations environnementales mineures chez les groupes sociaux défavorisés	181
Conclusion du chapitre.....	188
Chapitre 5 : Des choix d'occupation de l'espace urbain porteurs d'inégalités écologiques à Cotonou	190
5.1 Une distribution périphérique de « l'extrême » pauvreté à Cotonou.....	191
5.2 Occupation spatiale et exposition différenciée aux nuisances environnementales dans la ville de Cotonou	204
5.3 Un milieu physique favorable à l'exposition aux nuisances environnementales	223
Conclusion du chapitre.....	228
Chapitre 6 : Rapports aux déchets et production locale de nuisances environnementales dans les quartiers défavorisés de Cotonou.....	231
6.1 Mode de gestion des déchets et incidence du choléra dans les quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan	232
6.1.1 Le paradoxe cholérique des parties loties dans les quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan	233
6.1.2 Logiques contrastées dans le rapport au propre et au sale entre populations locales et acteurs institutionnels et gestion des déchets dans les quartiers Agbato, Enagnon et Kpankpan	238
6.2 De la contamination du choléra dans des lieux insalubres à sa propagation par contacts interhumains	265
6.3 Pratiques alimentaires et transmission indirecte du choléra	270
Conclusion du chapitre.....	277

TROISIEME PARTIE.....	280
Inégalités écologiques et politiques publiques : un jeu d'interactions	280
Chapitre 7 : Le choléra comme symbole de la difficile mise en œuvre d'une politique de santé environnementale au Bénin.....	282
7.1 D'une politique de « santé et environnement » proclamée aux contraintes de sa mise en œuvre	283
7.2 Les carences dans les services publics dans les quartiers défavorisés de Cotonou	290
7.2.1 <i>L'inégale distribution des services d'eau potable et d'énergie électrique dans la ville de Cotonou</i>	291
7.2.2 <i>L'exclusion urbaine par les déchets : l'exemple emblématique des quartiers Zongo et de la berge lagunaire</i>	296
7.3 Les acteurs privés et informels de distribution de services socio-sanitairee.....	305
7.4 Le choléra comme conséquence des carences politiques au Bénin	315
Conclusion du chapitre.....	317
Chapitre 8 : L'occultation des conditions socio-économiques de production des risques sanitaires environnementaux dans les politiques de santé publique : un néo-hygiénisme tronqué ?.....	318
8.1 De l'hygiénisme dans la ville délétère au « néo-hygiénisme » dans la ville durable.....	321
8.2 La responsabilisation individuelle au risque cholérique par les campagnes de communication au Bénin	324
8.3 Les effets limités des campagnes de communication pour la prévention du choléra.....	337
8.4 Les ressorts socio-économiques des comportements individuels à risque cholérique	348
Conclusion du chapitre.....	354
Chapitre 9 : La gouvernance environnementale à Cotonou au risque du contexte socio- politique local : exemple des projets de gestion des déchets et d'aménagement des berges lagunaires	357
9.1 La gouvernance de l'environnement urbain à Cotonou : du global au local.....	359
9.1.1 <i>De l'échec de la gestion en régie à l'injonction à une « gestion partagée » des déchets à Cotonou</i>	361
9.1.2 <i>« Le projet d'Aménagement des berges de la lagune de Cotonou » ou la captation de partenaires économiques internationaux</i>	366
9.2 La gouvernance urbaine à Cotonou : la difficile incarnation locale d'une injonction internationale	373
9.2.1 <i>Les faiblesses techniques et organisationnelles des acteurs privés de gestion des déchets....</i>	374
9.2.2 <i>Le refus social de la « participation citoyenne » à la gestion des déchets à Cotonou</i>	377
9.2.3 <i>Le centralisme étatique au risque de l'autonomie financière des collectivités locales</i>	383
9.2.4 <i>Divergence d'intérêts entre acteurs et gouvernance conflictuelle de l'environnement urbain à Cotonou</i>	391

9.2.4.1 <i>Transposition des rivalités politiques entre l'État central et la municipalité de Cotonou dans le champ de la salubrité urbaine</i>	392
9.2.4.2 <i>Facteurs socio-culturels et contestation des opérations d'assainissement des berges par les habitants et les usagers des marchés</i>	401
9.3 Le choléra comme conséquence de la place mineure accordée aux préoccupations sanitaires dans la gestion urbaine	406
Conclusion du chapitre.....	411
CONCLUSION GENERALE	413
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	423
SIGLES ET ABREVIATIONS	442
ANNEXES	446
LISTE DES CARTES	461
LISTE DES GRAPHIQUES	462
LISTE DES TABLEAUX	463
LISTE DES PHOTOGRAPHIES	465
SOURCES DE DONNÉES SECONDAIRES	466
Rapports et documents administratifs	466
Articles de presse internationale.....	468
Presse nationale	468
Sites Internet.....	472
TABLE DES MATIERES	473

Résumé

Cette thèse de doctorat analyse les inégalités écologiques dans les villes africaines, à travers l'exemple de Cotonou au Bénin, à l'aune du choléra. En tant que pathologie liée à l'exposition à un environnement insalubre, le choléra constitue un marqueur pertinent des inégalités écologiques, qu'il s'agisse d'inégalités d'exposition aux nuisances environnementales, d'accès aux aménités urbaines, de pouvoir d'interpellation de la puissance publique face aux nuisances environnementales ou de participation aux projets environnementaux. A travers l'approche par « effet de lieu », nous avons montré que l'incidence différentielle du choléra entre les arrondissements et les quartiers de Cotonou est liée non seulement à l'effet combiné du milieu et des profils socio-économiques aux pratiques sociales, mais aussi aux politiques publiques, inspirées parfois des recommandations internationales dans le domaine de l'environnement, et qui occultent le contexte socio-politique local.

Mots-clefs : Inégalités écologiques, choléra, ville, quartiers défavorisés, milieu, profils socio-économiques, politiques publiques, Cotonou, Bénin.

Résumé en anglais

This doctoral thesis analyses the ecological inequalities in the african cities, by focusing on the example of Cotonou in Benin, with regard to cholera. As a pathology related to the exposure to an unhealthy environment, cholera forms a relevant marker of the ecological inequalities under all their forms: whether they are inequalities of exposure to the environmental nuisances, access to urban amenities, capacity to question the public power as far as environmental nuisances are concerned or participation in environmental projects. Through the approach by “effect of place”, we showed that the differential incidence of the cholera between the districts of Cotonou is related not only to the combined effect of the environment and socio-economic profiles, social practices, but also with the public policies, inspired sometimes of the international recommendations in the field of the environment, and that overlook the socio-political local context.

Keywords: Ecological inequalities, cholera, city, disadvantaged districts, environment, socio-economic profiles, public policies, Cotonou, Benin.