



HAL
open science

Demographic transition and biopower in Senegal

Enguerran Macia

► **To cite this version:**

Enguerran Macia. Demographic transition and biopower in Senegal. Enguerran Macia; Dominique Chev ; Jean-François Havard. Biopolitiques en Afrique de l'Ouest. Santé, populations, mondes de vie., Karthala, 2022, Histoire des Suds, 9782811129743. hal-03933300

HAL Id: hal-03933300

<https://hal.science/hal-03933300v1>

Submitted on 10 Jan 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Transition démographique et biopouvoir au Sénégal

Enguerran Macia

Le Sénégal n'a pas encore terminé sa transition démographique. La mortalité des enfants de moins de cinq ans y reste élevée, autour de 50%, et l'indice synthétique de fécondité se maintient autour de cinq enfants par femme¹. Ces caractéristiques démographiques distinguent le Sénégal, et la plupart des sociétés sub-sahariennes, du reste du monde, où la transition démographique, lorsqu'elle n'est pas déjà terminée, se trouve à un stade du moins plus avancé. Cet article cherchera à éclairer ce particularisme sub-saharien au travers du prisme du biopouvoir, en prenant l'exemple précis du Sénégal.

Le lien entre transition démographique et biopouvoir n'ayant fait l'objet que de très peu de travaux², il s'agira, dans un premier temps, de démontrer la pertinence d'une nouvelle approche théorique de ce processus démographique, sujet à tant de controverses dans la littérature, notamment dans les pays en développement. Les dispositifs de réduction de la mortalité et de la natalité mis en œuvre en France et en Chine, à des époques différentes, serviront d'exemples à cette démonstration, soutenant que la biopolitique peut être considérée comme le véritable moteur de la transition démographique. Dans un second temps, nous analyserons l'opérationnalité du concept de biopouvoir, et ses limites, dans le contexte du Sénégal. Nous chercherons ainsi à comprendre les jeux de pouvoir et les stratégies de résistance ayant abouti à la situation démographique que nous connaissons aujourd'hui.

Transition démographique et biopouvoir

Rappel sur la transition démographique et ses théories

La transition démographique correspond au passage d'un régime démographique avec de forts taux de natalité et de mortalité à un régime caractérisé par la faiblesse de ces taux. Au stade initial comme au stade final, l'accroissement de la population est faible (quand croissances il y a) : on parle d'équilibres démographiques. Classiquement, la transition démographique est donc présentée comme la succession de deux phases entre les deux états d'équilibres démographiques. La première phase correspond à une baisse de la mortalité, notamment infantile et enfantine ; la seconde, à une baisse subséquente de la natalité.

Divers modèles théoriques de transition ont été élaborés : structuro-fonctionnaliste, culturaliste ou encore marxiste ou féministe³. Un point commun entre ces théories reste que la modernité, même si elle est rarement clairement définie, serait au cœur du processus⁴. Ce n'est pas un hasard si les régimes démographiques initiaux et finaux sont d'ailleurs respectivement dénommés « traditionnels » et « modernes ». Le second point commun entre ces théories est qu'elles sont avant tout focalisées sur la baisse de la fécondité. L'approche structuro-fonctionnaliste, historiquement la première à émerger, considère que l'industrialisation, ou la modernisation, est à l'origine de la baisse de la mortalité mais aussi de l'urbanisation, de la

¹ UNDP, *Human Development Report (HDR). 2018. Statistical update*, 2018, <http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update.pdf>, consulté le 25 août 2021.

² Les travaux suivants en posent néanmoins les bases : J. Johnson-Hanks, « Demographic Transitions and Modernity », *Annual Review of Anthropology*, n°37, 2008, p. 301-315 ; L. Paltrinieri, « Biopouvoir, les sources historiques d'une fiction politique », *Revue d'Histoire Moderne & Contemporaine*, n°60, 2014, p. 49-75.

³ Pour une revue, voir par exemple : V. Piché, et J. Poirier, « Les théories de la transition démographique : vers une certaine convergence ? » *Sociologie et Sociétés*, n°22, 1990, p. 179-192.

⁴ J. Johnson-Hanks, *ibid.*

division sociale du travail, d'une augmentation de la scolarisation, d'un changement de statut chez les femmes, etc. et que ces phénomènes ont engendré de nouvelles manières de penser la parenté et le nombre de descendants⁵.

L'approche culturaliste, ou diffusionniste, s'appuie sur les critiques empiriques du modèle structuro-fonctionnaliste⁶ ayant montré, comme le résume Jennifer Johnson-Hanks, que « le déclin de la mortalité n'a pas toujours précédé le déclin de la fertilité et que les individus partageant la même langue expérimentent une baisse de fécondité au même moment, quel que soit le développement économique »⁷. Au sein de ce modèle théorique, la diffusion des représentations, des valeurs et des normes de la modernité serait à l'origine de la baisse de la fécondité – qui ne devrait donc pas être considérée comme une conséquence quasi mécanique du déclin de la mortalité.

Au croisement de l'approche structuro-fonctionnaliste et de l'approche diffusionniste, John Caldwell⁸ a développé la théorie des « flux intergénérationnels de richesses », qui a connu un grand succès. Selon cette approche, les équilibres « traditionnel » et « moderne » se distinguent avant tout par le fait que les flux nets de richesses favorisent les parents dans le premier cas et les enfants dans le second. Ces transformations micro-économiques trouveraient leur origine dans les valeurs familiales modernes, notamment une moins grande importance accordée aux ancêtres et aux plus âgés et de plus grandes préoccupations envers les enfants. La rationalité, économique notamment, est au cœur de ce modèle, ce qui fait bien entendu écho à la modernité et à l'esprit du capitalisme⁹. Cependant, ces choix rationnels ont été remis en question par plusieurs études indiquant que le nombre total d'enfants n'est pas tant la conséquence d'une forme de planning familial rationalisé que d'autres facteurs, parmi lesquels l'intervalle inter-générationnel culturellement et physiquement approprié¹⁰ ou la valorisation sociale associée à la descendance¹¹.

Enfin, l'approche marxiste met l'accent sur la transition vers le capitalisme et les inégalités subséquentes, à la fois entre les pays et les classes sociales¹². Elle postule que les différentes classes sociales, comme les différentes populations, possèdent des logiques de reproduction propres, inhérentes à leurs conditions de vie et de travail. Par exemple, chez les éleveurs et les paysans ouest-africains, l'importante valeur productive des jeunes serait associée à une forte fécondité. À l'inverse, les classes salariées des villes ouest-africaines n'ont plus d'avantages directs à faire de nombreux d'enfants qui, au contraire, peuvent représenter des charges financières.

Le biopouvoir comme théorie explicative de la transition démographique

⁵ Voir notamment F. Notestein, « Population: the long view », in T.W. Schultz (Dir.), *Food for the World*, Chicago, University of Chicago Press, 1945, p. 36-57 ; C. Goldscheider, *Population, modernization, and social structure*, Boston, Little & Brown, 1971.

⁶ A. Coale et S.C. Watkins, *The decline of fertility in Europe: the revised proceedings of a conference on the Princeton European Fertility Project*, Princeton, Princeton University Press, 1986.

⁷ J. Johnson-Hanks, « Demographic Transitions and Modernity », art. cité, citation p. 305.

⁸ Voir notamment J. Caldwell, « Toward a restatement of demographic transition theory », *Population and Development Review*, n°2, 1976, p. 321-366 ; J. Caldwell, « Mass education as a determinant of the timing of fertility decline », *Population and Development Review*, n°6, 1980, p. 225-255.

⁹ M. Weber, *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, Plon, 1964.

¹⁰ C. Bledsoe, *Contingent lives: fertility, time and aging in West Africa*, Chicago, University of Chicago Press, 2002.

¹¹ J. Johnson-Hanks, « The modernity of traditional contraception », *Population and Development Review*, n°28, 2002, p. 229-249.

¹² V. Piché, et J. Poirier, art. cité, p. 179-192.

Ces diverses théories de la transition démographique trouvent un dépassement de leurs divergences dans la notion de biopouvoir telle que développée par Michel Foucault¹³. Rappelons tout d'abord les grandes lignes de cette notion foucauldienne développée au cours des années 1970¹⁴.

Le biopouvoir : définition et usages

Au travers d'une analyse centrée sur la sexualité, Michel Foucault¹⁵ montre qu'un changement fondamental de paradigme dans l'exercice du pouvoir s'est déroulé en Europe entre les XVII^e et XVIII^e siècles. Selon lui, au cours des siècles précédents le « pouvoir souverain » était caractérisé par le droit de vie et de mort sur ses sujets. C'est ainsi par exemple que *Surveiller et punir*¹⁶ (1975) s'ouvre sur le supplice de Robert-François Damiens, le 2 mars 1757 sur la principale porte de l'église de Paris, jugé coupable d'avoir attenté à la vie de Louis XV à l'aide d'un couteau. Pour Michel Foucault, ce droit de vie et de mort n'est en réalité que le droit de « faire mourir ». Le pouvoir ne s'exerçait alors principalement que par des dispositifs de prélèvement, qu'il s'agisse de richesses, de biens, de services, de travail ou – donc – de la vie. A travers son analyse des discours sur la sexualité à partir de l'Ancien Régime, Michel Foucault montre que c'est précisément au milieu du XVII^e siècle que le pouvoir a cessé de ne s'exercer que sur et par la mort – *faire mourir ou laisser vivre* – pour s'exercer principalement sur la vie – *faire vivre ou rejeter dans la mort*¹⁷. En d'autres termes, le pouvoir va désormais investir et contrôler la vie de part en part.

Ce pouvoir sur la vie s'est développé sous deux formes complémentaires. La première, observable depuis le XVII^e siècle, est focalisée sur les disciplines imposées au corps-machine : il s'agit de l'anatomo-politique du corps humain. Les écoles, les collèges, les casernes, les ateliers sont les principales institutions permettant de discipliner les corps-sujets. La seconde forme de développement du biopouvoir, visible quant à elle vers le milieu du XVIII^e, est centrée sur les mécanismes de contrôle biologique du corps-espèce, autrement dit de la population : c'est la biopolitique. C'est alors qu'émergent les réflexions sur la natalité, la longévité, la santé publique, l'habitat ou la migration.

C'est ainsi que dès le milieu du XVIII^e, la médecine a cessé d'être essentiellement clinique pour commencer à être sociale en se consacrant à des aspects qui ne sont pas les maladies elles-mêmes. Les médecins visent également à enseigner aux individus les règles fondamentales de l'hygiène – de l'alimentation et de l'habitat, incitation à se faire soigner en cas de maladie par exemple – qu'ils doivent respecter pour leur santé comme pour celle des autres¹⁸. La population commence à être encadrée par un ensemble de prescriptions concernant non seulement la maladie, mais l'ensemble des champs sociaux, allant des manières de s'alimenter et de s'habiller aux comportements sexuels. Michel Foucault met très clairement en lien le développement du biopouvoir avec celui du capitalisme. Il s'agit avant tout de préserver et de conserver la force de travail de la population, de maximiser les forces productrices¹⁹.

Le biopouvoir comme moteur de la transition démographique

¹³ M. Foucault, *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976.

¹⁴ Si la notion de biopouvoir n'a pas été inventée par Michel Foucault (Paltrinieri, art. cité), c'est bien la notion foucauldienne qui sera utilisée ici.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ M. Foucault, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975.

¹⁷ M. Foucault, *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, op. cit., citation p. 181.

¹⁸ M. Foucault, « La politique de la santé au XVIII^e siècle », in *Dits et écrits II, 1976-1988*, Paris, Gallimard, Quarto, 1976, p. 13-27, citation p. 22.

¹⁹ *Ibid.*

Il peut paraître au premier abord surprenant de relier le biopouvoir à la transition démographique. Michel Foucault ne l'évoque pas explicitement dans ses écrits. Pourtant, ce lien reste visible entre les lignes de son discours, notamment lorsqu'il évoque le contrôle de la démographie comme élément fondamental de la biopolitique²⁰. Elle est encore plus évidente en historisant la pensée foucauldienne, comme l'a brillamment réussi Luca Paltrinieri²¹. Michel Foucault fut influencé par les travaux de Fernand Braudel sur les interactions hommes-environnements, mais aussi – et surtout – par ceux de Pierre Goubert et d'Emmanuel Leroy Ladurie en démographie historique, tous deux partisans d'un modèle structuro-fonctionnaliste dominant à l'époque en France.

Malgré ces influences, le biopouvoir constitue bien une autre approche de ces phénomènes démographiques. La notion, nous allons le voir, possède l'avantage heuristique de permettre de lier l'ensemble des processus à l'œuvre dans la transition démographique, d'expliquer celle-ci de part en part. Pour le comprendre, il nous faut décrire les dispositifs et les modes d'effectuation du biopouvoir – compris comme des relations de pouvoir qui mettent en jeu la vie elle-même, qui n'existent qu'entre individus (ou entre groupes), et dont l'exercice consiste à *conduire des conduites*²². Bien entendu, il serait illusoire de décrire l'ensemble de ces dispositifs possibles, variables entre les sociétés et les époques. Ainsi, nous limiterons l'analyse aux transitions démographiques française et chinoise, montrant que malgré leurs différences temporelles et culturelles, ces transitions démographiques peuvent être expliquées par la mise en œuvre de dispositifs biopolitiques ayant permis d'aboutir à un équilibre démographique dit « moderne ».

Exemples de dispositifs de réduction de la mortalité et de la natalité en France et en Chine

L'exemple de la France

Pour Jean-Claude Chesnais, « le recul de la mort a commencé [en France] au XVII^e siècle avec la régression de la peste et l'organisation de l'État moderne »^{23,24}. Si les progrès dans le domaine de l'alimentation et de l'hygiène ont été les principaux responsables de cette baisse de la mortalité, reste à déterminer comment cela s'est produit. En d'autres termes, que voulait signifier Jean-Claude Chesnais en évoquant succinctement (puisqu'au sein d'une parenthèse) cette « organisation de l'État moderne » ?

Les trois volumes du *Traité de la Police* rédigé par Nicolas de la Mare à l'aube du XVIII^e siècle sont utiles pour le comprendre²⁵. En effet, la grande majorité de ce traité n'est pas, comme on aurait pu le penser avec un regard du XXI^e siècle, orienté vers les individus catégorisés comme dangereux (les fous ou les vagabonds par exemple), mais porte bien sur les règles d'hygiène et de santé qu'il est nécessaire de mettre en place et de faire respecter pour s'assurer du maintien de la santé – et de la productivité – de la population. Dès le Volume 1, la santé (« De la Santé – Livre 4^{ème} ») apparaît au cœur des enjeux politiques avec des titres aussi éloquents que : « De la salubrité de l'air contribué à la santé » ; « De la police de l'eau par rapport à la santé » ; « De la police du pain par rapport à la santé » ; « Des remèdes » ; « Des

²⁰ M. Foucault, *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, op. cit., voir p. 184.

²¹ L. Paltrinieri, art. cité.

²² M. Foucault, « Le sujet et le pouvoir », in *Dits et écrits II, 1976-1988*, op. cit., p 1041-1062.

²³ J-C. Chesnais, « La transition démographique : étapes, formes, implications économiques. Étude de séries temporelles (1720-1984) relatives à 67 pays. Présentation d'un Cahier de l'INED », *Population*, n°41, 1986, p. 1059-1070, citation p. 1061-1062.

²⁴ Malgré ces prémices, il est classiquement admis que la transition démographique n'a *réellement* débuté qu'au milieu du siècle suivant (e.g. Chesnais, 1986 ; Vallin et Caselli, 1999).

²⁵ Accessible ici : <http://data.bnf.fr/fr/documents-by-rdt/12450313/a/page1>

médecins » ; pour se terminer sur le titre « De la discipline qui doit être observée, lorsque la contagion est dans une ville, un bourg ou un village ». Le volume 2 n'est consacré qu'aux vivres (« Des vivres »), allant de considérations sur la qualité des grains de blé à celle des volailles, en passant par des considérations éminemment biopolitiques comme « Ce que les boulangers doivent observer dans la façon, & la vente du pain » ou « Ce qui doit être observé par les bouchers dans leurs achats, & en quels lieux ils les peuvent faire ». Enfin, le Volume 3 poursuit ces considérations sur les vivres, abordant les questions liées à la pêche et au maraîchage, avec des titres toujours aussi évocateurs. Suivant ces prescriptions sous les ordres des lieutenants Sartine puis Lenoir, la police parisienne est considérée dès le milieu du XVIII^e siècle d'une efficacité redoutable en la matière, constituant le modèle à suivre au niveau national comme européen²⁶.

A ces dispositifs du biopouvoir en termes d'alimentation et d'hygiène vont s'ajouter progressivement ceux plus directement liés à la maladie. Le gouvernement français décide de créer en 1776 la Société Royale de Médecine. Son objectif est de suivre les mouvements épidémiques et d'indiquer aux médecins les traitements les plus appropriés. Comme le souligne Michel Foucault : « Ainsi s'établit un double contrôle : des instances politiques sur l'exercice de la médecine ; et d'un corps médical privilégié sur l'ensemble des praticiens »²⁷. La médecine du XVIII^e siècle devient dispositif du biopouvoir. Dispositif efficace puisque les progrès médicaux vont s'amplifier et se diffuser aux populations. Prenons l'exemple de la vaccination, décrit par Jean-Noël Biraben²⁸. En 1778, le médecin anglais Edward Jenner publie ses découvertes sur le vaccin anti-variologique. Quelques mois après, la diffusion de cette découverte touche toute l'Europe. En 1800, un Comité de médecins, issus principalement de l'Institut National (Académie des Sciences) et de l'École de Médecine de Paris, est constitué afin d'importer ces techniques sur le sol français. En 1801, un hospice d'inoculation est créé à Paris ; les instituts de vaccinations sont encouragés dans les provinces. Tous les établissements publics font vacciner leurs pensionnaires. Ces campagnes de vaccination vont alors permettre le recul progressif de la variole, passant de 50 000 à 80 000 cas par an avant 1826 à moins de 30 000 cas ensuite²⁹. Le vaccin sera obligatoire en Angleterre dès 1857 et en 1902 en France³⁰.

Si les dispositifs biopolitiques permettent d'éclairer sous un jour nouveau la première phase de la transition démographique française, correspondant à la baisse de la mortalité, ils permettent également d'expliquer la baisse de la natalité observée peu avant la Révolution³¹. Cependant, une difficulté apparaît ici dès le début de l'analyse : comme le souligne Jennifer Johnson-Hanks, « la transition démographique constitue un exemple paradigmatique du biopouvoir, mais au moins en France et aux États-Unis, de nouvelles formes d'autorégulations individuelles, visibles au travers des taux de natalité, ont précédé de plusieurs décennies la mise en place des formes de savoir/pouvoir concernées »³². En effet, au moment où la fécondité commence à diminuer en France, vers la fin XVIII^e siècle, le gouvernement tient un discours et une politique pro-natalistes. Cependant, cette déconnexion entre les politiques publiques en termes de comportements reproducteurs et les comportements effectivement observés dans la population française du XVIII^e siècle ne suffisent pas à balayer l'apport heuristique du

²⁶ F. El Ghoul, *La police parisienne dans la seconde moitié du XVIII^e siècle (1760-1785)*, Thèse de Doctorat en Histoire, Rennes (France), 1993.

²⁷ M. Foucault, *Naissance de la clinique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1963, citation p. 27.

²⁸ J-N. Biraben, « La diffusion de la vaccination en France au XIX^e siècle », *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*, n°86, 1979, p. 265-276.

²⁹ *Ibid.*

³⁰ En 1977, la variole sera éradiquée de la surface de la Terre.

³¹ J-C. Chesnais, « La transition démographique : étapes, formes, implications économiques. Étude de séries temporelles (1720-1984) relatives à 67 pays. Présentation d'un Cahier de l'INED », *Population*, n°41, 1986, p. 1059-1070, citation p. 1061-1062.

³² J. Johnson-Hanks, « Demographic Transitions and Modernity », art. cité, citation p. 310.

biopouvoir pour comprendre la baisse de la natalité. Michel Foucault l'exprime d'ailleurs très clairement : « Par pouvoir, je ne veux pas dire « le Pouvoir », comme un ensemble d'institutions et d'appareils qui garantissent la sujétion des citoyens dans un État donné »³³. Le terme de pouvoir décrit la multiplicité des rapports de force qui s'exercent dans différents domaines. Le pouvoir vient de partout. Compris ainsi, *La volonté de savoir* peut précisément constituer une analyse de la manière dont le contrôle des naissances s'est diffusé, à partir des comportements bourgeois, dans la France du XVIII^e siècle.

La prolifération des discours sur le sexe et la sexualité montre en effet que la sexualité est devenue un sujet majeur au cours des XVIII^e et XIX^e siècles. Surtout, ces discours ont été divers et variés ; le sexe était, et reste d'ailleurs, au cœur d'un ensemble contrasté de prescriptions, notamment étatiques, religieuses, économiques et médicales. Si les discours politiques étaient alors pro-natalistes, les discours médicaux, eux, mettaient au contraire en évidence les risques associés à une sexualité non contrôlée (rapprochement des naissances, multiplication des accouchements)³⁴. Au sein d'un même champ, les discours pouvaient sembler contradictoires, troublant la cohérence des prescriptions et des proscriptions. Par exemple, malgré la position éminemment pro-nataliste de l'Église, le courant janséniste, rigoriste, qui se développe à partir de 1680 en France, aurait contribué à une importante austérité sexuelle, à la diminution des rapports entre époux et à la diffusion de la pratique du *coïtus interruptus*³⁵. Conjointement, l'Église insiste également sur les risques des naissances trop rapprochées et sur le soin qu'il est nécessaire d'apporter aux enfants, brouillant encore davantage son discours nataliste³⁶.

Dans la lignée des travaux de Philippe Ariès³⁷, Michel Foucault note que ce sont bien les bourgeois qui ont commencé à réduire le nombre de leur descendants. La bourgeoisie a eu pour objectif d'aménager une sexualité économiquement utile. Comme le philosophe le souligne : « Plutôt que d'une répression sur le sexe des classes à exploiter, il fut d'abord question du corps, de la vigueur, de la longévité, de la progéniture, et de la descendance des classes qui dominaient »³⁸. Cette prise de conscience de la valeur politique de son corps par la bourgeoisie va précisément construire son corps de classe. Les technologies du sexe qu'elle expérimente, et qui visent à réduire le nombre des naissances, vont ensuite se diffuser aux classes populaires par l'intermédiaire de l'appareil administratif dans les domaines de la médecine, de l'éducation, etc. Le biopouvoir est alors mobilisé dans toutes ses dimensions car il s'agissait d'ajuster les processus démographiques aux processus économiques dans le cadre du développement du capitalisme.

L'exemple de la Chine

Les dispositifs biopolitiques permettent de fournir une nouvelle lecture de la transition démographique en France, une lecture qui unit de manière cohérente baisses de la mortalité et de la natalité. Mais qu'en est-il dans les autres sociétés ? Au travers de l'exemple chinois, nous allons voir que la conceptualisation et la mise en œuvre du biopouvoir y ont également constitué les moteurs de la transition démographique, même si les dispositifs particuliers apparaissent bien différents.

³³ M. Foucault, *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, op. cit., citation p. 121.

³⁴ Voir : L. Paltrinieri, art. cité.

³⁵ P. Chaunu, « Postface », in J. Dupâquier (Dir.), *Histoire de la population française*, vol. 2 : *De la Renaissance à 1789*, Paris, Presses Universitaires de France, 1988, p. 536-553.

³⁶ L. Paltrinieri, *ibid.*

³⁷ P. Ariès, *Histoire des populations françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis le XVIII^e siècle*, Paris, Éditions Self, 1948.

³⁸ M. Foucault, *ibid.*, p. 162.

La Chine a réalisé sa transition démographique « dans un délai exceptionnellement court »³⁹ (environ 45 ans). La mortalité – notamment infantile et enfantine – a commencé à y diminuer au début des années 1950, avant de remonter pendant la Grande Famine de 1959-1961, puis de diminuer régulièrement jusqu'aux années 1980⁴⁰. Le début de la baisse de la mortalité fut concomitant à l'arrivée au pouvoir de Mao Zedong en 1949⁴¹. Plusieurs hypothèses explicatives ont été évoquées pour rendre compte de ce phénomène. La plus généralement partagée insiste sur le développement des soins de santé primaires sur l'ensemble du territoire⁴², dont les « barefoot doctors »⁴³ constituent le plus fameux et convaincant exemple de l'impact de la biopolitique sur la santé des populations rurales. Cependant, d'autres explications, non exclusives les unes des autres, ont été avancées, mettant parfois l'accent sur les campagnes de vaccination de masse, parfois sur les progrès en matière d'hygiène et de nutrition⁴⁴.

La première « campagne patriotique de santé », menée au début des années 1950, était constituée de mesures de santé publiques diverses et variées, menées sur tous les fronts, tant dans les zones urbaines que rurales. Il s'agissait d'améliorer les conditions d'hygiène de la population en favorisant l'élimination des déchets, la construction de latrines et le compostage des excréments. Il s'agissait aussi de lutter contre les quatre fléaux sanitaires du pays : les moustiques, les rats, les mouches et les punaises de lit. Des campagnes de santé publique ciblées sur des maladies spécifiques ont également été conduites contre la schistosomiase, la polio, la diphtérie, etc.⁴⁵. L'impact de ces actions publiques a été démontré par une analyse récente indiquant que ces campagnes, combinées aux progrès de l'éducation, étaient responsables de 50% à 70% de la baisse de la mortalité infantile en Chine au cours des années 1950-1980⁴⁶. En d'autres termes, si la Chine est entrée rapidement et efficacement dans la première phase de la transition démographique, c'est bien (en grande partie) grâce aux dispositifs de biopouvoir mis en place par l'État.

En Chine, la baisse du taux de natalité ne s'est pas produite "automatiquement" avec la baisse de la mortalité comme le suggèrent les approches structuralistes de la transition démographique. Elle a commencé avec le troisième programme national de contraception, lancé en 1971⁴⁷. Le slogan *wan* (tard), *xi* (espacé), *shao* (peu) a d'abord été mis en œuvre par des mesures visant à retarder l'âge du mariage. L'indice synthétique de fécondité est ainsi passé de 5,4 enfants par femme en 1971 à 2,8 en 1979. Cependant, ces mesures ont été jugées insuffisantes par le gouvernement qui n'a pas hésité à mettre en œuvre la fameuse loi sur l'enfant unique en 1979, tant dans les zones urbaines que rurales⁴⁸. Cette politique a été explicitement justifiée par l'État comme une nécessité pour la modernisation du pays⁴⁹.

³⁹ I. Attané, « Vieillesse démographique en Chine: perspectives et enjeux », *Autrepart*, n°80, 2016, p. 25-45, citation p. 26.

⁴⁰ J. Banister, *China's changing population*, Stanford, Stanford University Press, 1987 ; J. Banister et K. Hill, « Mortality in China 1964-2000 », *Population Studies*, n°58, 2004, p. 55-75.

⁴¹ Par exemple : I. Attané, art. cité.

⁴² Z. Dong et M. Phillips, « Evolution of China's health-care system », *The Lancet*, 372, 2008, p. 1715-1716.

⁴³ Les « barefoot doctors » ou « médecins aux pieds nus » étaient, le plus souvent, des agriculteurs recevant une formation médicale succincte afin de soigner les principales maladies des populations vivant en milieu rural.

⁴⁴ Voir : J. Banister, *China's changing population*, Stanford, Stanford University Press, 1987 ; C. Campbell, « Public health efforts in China before 1949 and their effects on mortality: the case of Beijing », *Social Science History*, n°21, 1987, p. 179-218 ; Z. Zhao et Y. Kinfu, « Mortality transition in East Asia », *Asian Population Studies*, n°1, 2005, p. 3-30 ; D. Hipgrave, « Communicable disease control in China: from Mao to now », *Journal of Global Health*, n°1, 2001, p. 224-238.

⁴⁵ J. Banister, *China's changing population*, Stanford, Stanford University Press, 1987.

⁴⁶ K.S. Babiarz, K. Eggleston, G. Millera, G. et Q. Zhang, « An exploration of China's mortality decline under Mao: a provincial analysis, 1950-80 », *Population Studies*, n°69, 2015, p. 39-56.

⁴⁷ I. Attané, art. cité.

⁴⁸ E. Croll, D. Davin et P. Kane, *China's one-child family policy*, London, The Macmillan Press, 1985.

⁴⁹ S. Greenhalgh et E. Winckler, *Governing China's population: from Leninist to neoliberal biopolitics*, Stanford, Stanford University Press, 2005.

En dépit des résistances de la population et les ajustements gouvernementaux⁵⁰, le contrôle de la fécondité est devenu une obligation constitutionnelle en 1982 : « L'État promeut la planification familiale pour que la croissance démographique s'adapte aux plans de développement économique et social » (article 25) ; « Le mari et la femme ont le devoir de pratiquer la planification familiale » (article 49). Les effets de cette biopolitique ont été aussi radicaux que les textes : en 2000, l'indice synthétique de fécondité était tombé à 1,2 enfants par femme, sur l'ensemble du territoire.

Malgré la variabilité des dispositifs mis en place en France et en Chine, à des époques et dans des contextes bien distincts, cette analyse comparée montre que le biopouvoir constitue un prisme de lecture pertinent de la transition démographique. Il permet d'expliquer conjointement les deux phases de cette transition. Il permet aussi de saisir pourquoi elle prend plus ou moins de temps selon les pays, en fonction des modes d'effectuation et du résultat des biopolitiques associées. Par ailleurs, à travers l'exemple de la Chine, nous voyons que le biopouvoir est, sinon universel ou « universalisable », du moins opérant et heuristique en dehors du contexte socio-historique étudié par Michel Foucault.

Pour clore ces exemples de dispositifs biopolitiques, une remarque s'impose. En effet, si ces dispositifs permettent de mieux saisir la baisse de la mortalité et de la natalité en France comme en Chine, les modes d'effectuation du biopouvoir contemporain dans le champ médical ne passent pas seulement par les immenses campagnes d'éradication des maladies, à l'instar du célèbre exemple du paludisme au Sri Lanka⁵¹. Le biopouvoir ne s'exerce pas uniquement par l'extériorisation des dispositifs, mais bien entendu également par leur intériorisation. Il constitue une force d'auto-discipline. Par exemple, préserver sa santé est désormais un devoir, un impératif catégorique au sens kantien⁵², et les services de santé publique nous dictent nos conduites. En Chine par exemple, malgré la fin de la politique de l'enfant unique en 2015 (assouplie dès 2013), la natalité s'est maintenue à un taux extrêmement faible⁵³, montrant l'intériorisation des dispositifs biopolitiques par la population. Le même constat peut aussi être réalisé en Europe, en Amérique du Nord ou au Japon, où les taux de natalité restent en-dessous du taux de renouvellement des générations.

Le cas du Sénégal

En considérant le biopouvoir comme le moteur de la transition démographique, nous allons désormais tenter d'analyser pourquoi le Sénégal, et l'Afrique de l'Ouest en général, tardent à atteindre un équilibre démographique dit « moderne ». En miroir, cette analyse constituera une approche empirique et anthropologique de la notion de biopouvoir et permettra de s'interroger sur la pertinence du modèle de transition démographique au Sénégal.

Les politiques de population et ses dispositifs au Sénégal

Au début des années 1950, la mortalité des enfants de moins de cinq ans était proche de 400‰ au Sénégal⁵⁴, soit sensiblement équivalent à ce qui était alors observé en Chine. Cette statistique démontre, si besoin en était, que la politique coloniale française n'était pas une

⁵⁰ I. Attané, art. cité.

⁵¹ Entre 1946 et 1948, sous l'impulsion de l'OMS, le paludisme a été quasiment éradiqué au Sri Lanka, augmentant ainsi l'espérance de vie de ce pays de 12 ans en à peine deux ans.

⁵² Impératif qui situe au cœur du sujet moral, un « tu dois donc tu peux », anhypothétique.

⁵³ Par exemple : Z. Guo et S. Gietel-Basten S., « The lowest fertility rates in the world? Evidence from the 2015 Chinese 1% sample census », *China Population and Development Studies*, n°2, 2019, p. 245–258.

⁵⁴ G. Pison, « Le recul de la mortalité des enfants dans le monde : de grandes inégalités entre pays », *Population et Sociétés*, n°463, 2010.

biopolitique œuvrant à l'amélioration de la santé des populations autochtones⁵⁵ puisque ce taux était de 52% en métropole la même époque⁵⁶. Aujourd'hui, la mortalité des enfants de moins de cinq ans au Sénégal reste parmi les plus élevées au monde – autour de 50%⁵⁷ – mais a considérablement diminué en moins de 70 ans. Quels sont donc les facteurs ayant permis cette baisse de mortalité ? Et, conjointement, pourquoi est-elle encore, comparativement, si élevée ?

Selon Gilles Pison⁵⁸, cette diminution de la mortalité infantile est principalement le résultat des campagnes de vaccination de santé publique contre les maladies de la petite enfance (comme la rougeole ou la coqueluche) mises en œuvre dans les années 1970 et 1980. Ces progrès auraient ensuite ralenti dans les années 1990 avec le déclin de « l'effort vaccinal » et l'augmentation de la mortalité liée au paludisme⁵⁹. Toujours selon le même auteur, la baisse de mortalité se serait ré-accélérée dans les années 2000 avec la reprise des campagnes de vaccination à travers le pays. Un constat similaire, mettant en avant l'impact des campagnes de vaccination mais aussi des progrès alimentaires, sur la mortalité des enfants a été réalisé au Mali voisin⁶⁰. Ces analyses démographiques et sanitaires placent les dispositifs de biopouvoir au cœur de la réflexion sur la première phase de la transition démographique, entamée au Sénégal comme nous le voyons, mais encore loin d'atteindre les niveaux des sociétés occidentales.

Passons donc de la démographie à l'anthropologie. L'anthropologie médicale permet en effet d'éclairer la lenteur de la baisse de la mortalité au Sénégal en mettant en évidence les insuffisances des systèmes de soins (peu accessibles aux populations rurales) et leurs dysfonctionnements, même dans les zones urbaines. Dans ce cadre, l'article de Fassin et Fassin, intitulé « La santé publique sans l'État ? Participation communautaire et comités de santé au Sénégal »⁶¹, constitue une réflexion particulière révélatrice d'une situation générale. Dans ce texte, les auteurs s'attachent à montrer comment, à Pikine, banlieue de Dakar, l'État sénégalais, sans politique de santé publique forte (et sans ressources financières suffisantes), délègue la santé de la population aux notables du quartier – qui, bien entendu, ne sauraient faire abstraction des relations d'interdépendances dans lesquels ils sont inscrits. Ce transfert de pouvoir est réalisé au travers du concept de « participation », aujourd'hui promu par les organisations internationales sous le terme de « santé communautaire ». Ainsi, la baisse lente et fragile de la mortalité au Sénégal peut s'expliquer par la faiblesse des dispositifs de biopouvoir, ou plus précisément par leur mode d'effectuation particulier. Pour prendre un exemple dans le domaine de l'hygiène, thème prioritaire en matière de santé publique au début de la transition démographique en France comme en Chine, signalons que 13% des ménages ne possèdent pas encore d'installations sanitaires au Sénégal, que 23% partagent leurs latrines avec d'autres ménages, et que moins de la moitié des ménages sénégalais ont des « latrines améliorées non partagées »⁶². Dans le même temps, les lacunes et les errements du système de santé sénégalais,

⁵⁵ Ce qui n'équivaut pas, bien entendu, à l'absence de dispositifs biopolitiques coloniaux puisque : « le concept de biopolitique est également fondamental dans les *postcolonial studies*, notamment parce que les pouvoirs coloniaux ont exercé massivement, sur les populations colonisées, différents types de biopolitiques : pour les mettre au travail, les circonscrire, les dénombrer, les réprimer, les soigner ou les détruire » (Bancel, 2019, p.23).

⁵⁶ M-C. Gérard et S. Hémerly, « La mortalité infantile en France suivant le milieu social », *Économie et Statistique*, n°48, 1973, p. 33-41.

⁵⁷ Soit cinq fois plus qu'en Chine et 12 fois plus qu'en France ; voir : Human Development Report (HDR) 2018, 2018, http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update.pdf, consulté le 25 août 2021.

⁵⁸ G. Pison, *ibid.*

⁵⁹ *Ibid.*, citation p. 4.

⁶⁰ O. Samuel et V. Hertrich, « Structures familiales, encadrement communautaire et survie des enfants. Une recherche en milieu rural malien », *African Population Studies*, n°30, 2016, p. 2160-2176.

⁶¹ D. Fassin et E. Fassin, E., « La santé publique sans l'État ? Participation communautaire et comités de santé au Sénégal », *Tiers-Monde*, n°120, 1989, p. 881-891

⁶² Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), *Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2017)*, Rockville (USA), ANSD/ICF, 2018.

notamment sa désorganisation et son inaccessibilité pour une partie de la population du pays, sont mis en évidence par de nombreux chercheurs⁶³.

Si la mortalité des enfants de moins de cinq ans reste élevée au Sénégal, c'est également le cas de la fécondité : l'indice synthétique de fécondité y est de presque cinq enfants par femme⁶⁴. Pourtant, le Sénégal est l'un des premiers pays d'Afrique de l'Ouest à avoir adopté une déclaration de politique démographique en 1988. Il convient cependant de noter que cette déclaration ne précisait alors aucun objectif quantifié. En 1994, la Conférence internationale sur la population et le développement – la fameuse conférence du Caire – a changé la donne et conduit à une refonte des politiques démographiques au Sénégal. Ainsi, un Programme National de Santé Reproductive a été mis en place en 1996⁶⁵. Toutefois, l'écart entre les textes et les mesures concrètes est demeuré : entre 1986 et 1997, l'indice synthétique de fécondité a baissé d'un point, passant de 6,6 à 5,7 enfants par femme⁶⁶. Les conditions économiques et la contingence de la vie en Afrique de l'Ouest expliquent, selon l'anthropologue et démographe Jennifer Johnson-Hanks⁶⁷, en grande partie l'échec de ces programmes. Selon elle, les choix conscients et calculés, en termes de fécondité, évoqués par Coale lorsqu'il étudiait la transition démographique en Europe, sont bien présents en Afrique sub-saharienne, mais ils sont soumis à un ensemble de facteurs pas toujours maîtrisables (situation économique personnelle et du foyer, relations familiales étendues, etc.) produisant une distorsion entre les calculs à long terme et les comportements effectifs inscrits dans un temps plus court.

Pour autant, une analyse en termes de biopouvoir peut également expliquer les échecs répétés des politiques visant à réduire le taux de natalité. Comme le soulignent Adjamagbo et Antoine⁶⁸ : « Face au désengagement de l'État, les programmes de population ont reposé essentiellement sur les initiatives des bailleurs de fonds internationaux (UNFPA, Banque mondiale, USAID, Unicef, OMS) et des ONG ». Ce désengagement de l'État sénégalais rappelle bien sûr ce que montrent les travaux de Fassin et Fassin évoqués précédemment. Mais avant tout, il met en évidence l'absence d'une biopolitique démographique coercitive au Sénégal, à l'instar de la plupart des pays de la sous-région. Ces politiques s'appuient sur une stratégie proactive de réduction des naissances et coexistent avec d'autres pouvoirs qui valorisent une descendance nombreuse, comme le pouvoir religieux. Dans un pays où 95% de la population est musulmane et où l'islam est organisé en confréries, les deux principales confréries (mouride et tidjane) exercent une influence pro-nataliste manifeste⁶⁹. Conjointement, les relations de genre et les modes de subsistance, en particulier dans les zones rurales, favorisent une descendance importante, nécessaire aux activités des pasteurs et agriculteurs sénégalais. Toutes ces relations de pouvoir, marquées par un désengagement de l'État et la faiblesse des mesures visant à réduire la natalité, permettent d'expliquer pourquoi le Sénégal est encore loin d'avoir achevé sa transition démographique, contrairement à la France ou à la Chine.

⁶³ P. Bossyns, F. Ladrière et V. Ridde, « Une assurance maladie à grande échelle pour le secteur informel en Afrique subsaharienne Six ans d'expérience au Sénégal rural 2012-2017 », *Studies in Health Services Organisation & Policy*, n°34, 2018 ; D. Bonnet et Y. Jaffré, *Les maladies de passage. Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 2003.

⁶⁴ Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), *Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2017)*, Rockville (USA), ANSD/ICF, 2018 ; Human Development Report (HDR) 2018, 2018, <http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update.pdf>, consulté le 25 août 2021.

⁶⁵ A. Adjamagbo et P. Antoine, « Le Sénégal face au défi démographique », in M.C. Diop (Dir.), *La société sénégalaise entre le local et le global*, Paris, Karthala, p. 511-547.

⁶⁶ *Ibid.*

⁶⁷ J. Johnson-Hanks, « The modernity of traditional contraception », art. cité.

⁶⁸ A. Adjamagbo et P. Antoine, *ibid.*, citation p. 534.

⁶⁹ V. Petit et A. O'Deye, « Changement socio-économique, communautés villageoises et diffusion de la planification familiale en milieu rural sénégalais », in F. Sandron et B. Gastineau (Dir.), *Dynamiques familiales et innovations socio-démographiques. Études de cas dans les pays du Sud*, Paris, L'Harmattan, 2001, p. 71-97.

Et ce, même si nombre de démographes assurent qu'avec l'augmentation de la scolarisation et le développement économique, le Sénégal suivra la voie de la modernité démographique⁷⁰.

Gouvernementalité et population

La faiblesse des mesures coercitives visant à réduire à la fois la mortalité et la natalité – et la faiblesse des politiques publiques de santé en général – est le plus souvent expliquée par le manque de moyens financiers des États africains sub-sahariens. En bref, la crise économique permanente qu'ils connaissent justifie l'absence de dispositifs biopolitiques efficaces. Il faut reconnaître que les problèmes de la dette (extérieure et intérieure), les plans d'ajustement structurel ou encore la dévaluation du franc CFA ont bien entendu des conséquences sur ce que l'État peut et ne peut pas faire. S'il ne s'agit certainement pas de nier les déterminants économiques des biopolitiques sénégalaises, il n'en reste cependant pas moins que les rapports de causalité entre développement économique et transition démographique ne sont ni unilatéraux, ni exclusifs d'autres rapports. L'exemple de la Chine est illustratif à cet égard : c'est bien pour permettre le développement économique que la loi sur l'enfant unique a été officiellement adoptée⁷¹. De même, le grand déclin de la mortalité infantile en Chine maoïste semble avoir été rendu possible par une sorte de bricolage biopolitique dont les *barefoot doctors* constituent l'exemple le plus connu.

Au Sénégal, et en Afrique sub-saharienne en général, des moyens considérables ont été investis depuis les années 1950 par l'UNFPA, la Banque mondiale, l'USAID, le Population Council, l'OMS et nombre d'ONG pour favoriser la transition démographique⁷². Pourtant, les résultats n'ont pas été à la hauteur des attentes et des investissements. L'ensemble de ces éléments nous invite à chercher au-delà de l'explication macro-économique – mais sans la nier – les raisons de l'inefficacité de ces politiques démographiques.

Dans son cours de 1978 au Collège de France, Michel Foucault insiste dans la leçon du 1^{er} février sur ce qu'il dénomme le « déblocage de l'art de gouverner »⁷³, c'est-à-dire le passage, au XVIII^e siècle, d'une gouvernementalité ayant pour objet la croissance de l'État et la puissance du souverain à une gouvernementalité ayant pour but « d'améliorer le sort des populations, d'augmenter leurs richesses, leur durée de vie, leur santé »⁷⁴, en d'autres termes : le passage à la biopolitique. Pour le philosophe, ce déblocage de l'art de gouverner est lié à « l'émergence du problème de la population »⁷⁵. La population, étudiée par la statistique, va permettre de relier deux entités jusqu'alors perçues comme indépendantes : l'État et la famille. La famille, jusqu'alors modèle économique (au sens étymologique de l'économie), va alors devenir un instrument permettant le gouvernement des populations. C'est par cette élimination de l'usage du modèle de la famille, qui est instrumentalisée au profit de la population, que se réalise le déblocage de l'art de gouverner.

⁷⁰ K. Kinsella, « Global perspectives on the demography of aging », in J. Sokolovsky (Dir.), *The cultural context of aging. Worldwide perspectives*, Westport, Praeger, 2009 [Kindle book sans numéro de pages] ; G. Pison, art. cité.

⁷¹ S. Greenhalgh et E. Winckler, *Governing China's population: from Leninist to neoliberal biopolitics*, Stanford, Stanford University Press, 2005.

⁷² Voir : A. Adjamagbo et P. Antoine, « Le Sénégal face au défi démographique », in M.C. Diop (Dir.), *La société sénégalaise entre le local et le global*, Paris, Karthala, p. 511-547 ; V. Piché, et J. Poirier, art. cité.

⁷³ M. Foucault, *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France. 1977-1978*, Paris, Seuil-Gallimard, 2004, citation p. 107.

⁷⁴ *Ibid.*, citation p. 108.

⁷⁵ *Ibid.*, citation p. 107.

Bien entendu, les pays africains sont, comme le font remarquer fort justement Armando Cutolo et Peter Geschiere⁷⁶, « traversés par des pratiques et des discours liés aux formes de gouvernementalité biopolitique : les projets de développement, de santé publique, de gestion des ressources environnementales, ainsi que les campagnes de vaccination ou la promotion de l'utilisation de contraceptifs destinés à la procréation face au sida et à la planification familiale en sont les exemples concrets ». Nous avons vu que ces dispositifs avaient des effets sur la mortalité et la natalité au Sénégal. Remarquons cependant que tout se passe comme si ces logiques globalisées présupposaient une histoire et une conception de la population similaires entre l'Afrique de l'Ouest et les sociétés occidentales.

Or, il semble que toute une partie de la littérature anthropologique (et démographique) remette en cause cette idée même de « population » au Sénégal, ou du moins son intériorisation par les individus la composant. Les nombreux travaux portant sur la distinction entre holisme et individualisme⁷⁷, ou sociétés à morphologie segmentaire / différenciée⁷⁸, ou encore sociétés collectivistes / individualistes⁷⁹, ne cessent d'interroger cette notion de population, le plus souvent sans la nommer explicitement. Il en est de même pour les recherches portant sur les rapports de clientélisme ou, plus prosaïquement, sur les déclarations des naissances et des décès, l'accès aux structures de santé, l'accès à la couverture médicale ou à la retraite, etc. Pour ne prendre qu'un exemple concret, notons qu'au Sénégal plus de 65% des décès ne sont pas déclarés à l'état civil : 86% en milieu rural, 32% en milieu urbain⁸⁰. De tels chiffres indiquent bien que la statistique – et la population – ne constituent pas pour l'État un enjeu de savoir et de pouvoir de premier plan dans l'art de gouverner.

Les travaux portant sur l'individualisme et le holisme sont sans doute encore plus explicatifs que les statistiques. Comme le rappelle Alain Marie, les analyses de l'État en Afrique ont mis en évidence « cet enracinement de l'État dans les profondeurs historiques des sociétés communautaires »⁸¹. L'auteur considère les pratiques clientélistes, généralisées et multiples dans les États sub-sahariens, comme des exemples de cette gouvernementalité aux racines holistes : à tous les niveaux, celui (ou celle, mais souvent celui) qui détient le pouvoir a le devoir d'en faire profiter sa famille, son village, sa communauté. En reprenant les analyses de Jean-François Bayart⁸², il souligne que l'État n'est pas considéré comme un corps étranger, ou même transcendant, mais qu'il constitue davantage un « État-rhizome » profondément inscrit dans le corps social. Si Alain Marie⁸³ finit par attribuer le maintien du holisme au Sud du Sahara à des causalités économiques, reliant ainsi gouvernementalité et économie politique, une analyse de ce maintien en termes de population semble également éclairante.

En effet, si l'individualisme, comme *valeur* éminente qui caractérise en propre la modernité occidentale, n'a pas droit de cité en Afrique de l'Ouest, « ce n'est pas parce qu'il [l'individualisme en tant que valeur] n'existerait pas [...] mais parce que les individualités fortement individuées y sont censées se mettre exclusivement au service de la reproduction sociale et que, lorsqu'elles sont soupçonnées d'outrepasser ce rôle pour se mettre au service de leur pulsions individuelles, elles sont soumises à des dispositifs répressifs qu'on peut plus

⁷⁶ A. Cutolo et P. Geschiere, « Populations, citoyennetés et territoires : Autochtonie et gouvernementalité en Afrique », *Politique Africaine*, n°112, 2008, p. 5-17, citation p. 7.

⁷⁷ L. Dumont, *Essais sur l'individualisme. Une perspective anthropologique sur l'idéologie moderne*, Paris, Seuil, 1983.

⁷⁸ E. Durkheim, *De la division du travail social*, Paris, Presses Universitaires de France, 1973 [1896], 9^e édition.

⁷⁹ G. Hofstede, *Culture's consequences: international differences in work-related values*, Beverly Hills, Sage, 1980.

⁸⁰ Pour plus de détails, voir l'article de P. Duboz dans cet ouvrage.

⁸¹ A. Marie, « Du sujet communautaire au sujet individuel. Une lecture anthropologique de la réalité africaine contemporaine », in A. Marie (Dir.), *L'Afrique des individus*, Paris, Karthala, 1997, p. 53-110.

⁸² J-F. Bayart, *L'État en Afrique*, Paris, Fayard, 1989.

⁸³ A. Marie, *ibid.*

généralement analyser comme une instance de refoulement massif de ces mêmes pulsions »⁸⁴. En somme, si l'individu comme réalité empirique et concrète existe au Sénégal, comme dans toute autre société, la société sénégalaise vise à forger des *habitus* et *hexis* communautaires cimentés dans des dispositifs incitatifs et répressifs permettant l'intériorisation du principe lignager et d'une conception plurale et héritée de la personne. A travers cette analyse, c'est bien l'absence de ce niveau de réalité que constitue la « population » qui peut être mis en cause.

Au Sénégal, la famille n'est pas, pour reprendre les termes de Michel Foucault, un instrument pour le gouvernement des populations. Chaque communauté tend à maximiser ses intérêts. L'expression « *mbedd mi, mbedd buur la* » (littéralement « la rue est au roi », signifiant « si la rue est au roi, c'est qu'elle n'est à personne ») illustre bien l'absence de sens que revêt la notion même de population. Par exemple, les espaces publics ne sont pas investis par et pour l'intérêt de la population dans son ensemble. Ceci apparaît bien dans les discours des individus, à l'instar de ce passage tiré d'une enquête menée il y a une dizaine d'années à Dakar⁸⁵, dans lequel un trentenaire, policier, affirmait :

Les gens intérieurement [dans leur maison] sont propres, mais une fois à l'extérieur c'est autre chose. C'est ça aussi le problème des Sénégalais, c'est dans la rue quoi, parce que les gens intérieurement sont propres, mais quand ils sont dans la rue, c'est du n'importe quoi. C'est pas bien parce que ce que tu ne mets pas par terre chez toi, il ne faut pas le faire dehors, mais les gens s'en fichent complètement. Moi actuellement, j'habite dans la banlieue, et là-bas, c'est du n'importe quoi. Parce que là-bas la population est dense, et ils se sont rencontrés là-bas, alors qu'ici [quartier de Ouakam] tout le monde se connaît. Quand tu connais les personnes, y'a des choses que tu évites de faire. Dans le village traditionnel, avant de verser un seau d'eau sale, franchement, le verser dans la rue, tu tiendras compte des voisins, alors que là-bas [en banlieue] on s'en fiche.

La notion de population, en tant que fruit d'une rationalisation et d'une objectivation du peuple⁸⁶ – rappelons d'ailleurs que la devise de la République du Sénégal n'est autre que « Un Peuple – Un But – Une Foi » – vide ce dernier des liens affectifs et des imaginaires partagés qui le constituent. Le peuple est bien « celui qui résiste à la régulation de la population, qui essaie de se soustraire à ce dispositif »⁸⁷. La population, elle, est une construction discursive, rationnelle, une fiction théorique. Elle est mesurée, calculée, analysée – pour maximiser la force de travail, rappelons-le – et se trouve confrontée, dans son opérationnalisation au Sénégal, à des résistances du fait de la vivacité des croyances, de la primauté des relations interpersonnelles, de l'ancrage dans le terroir ethnique et des imaginaires partagés qui font communauté. La déficience et les déficits des dispositifs visant la mortalité et la natalité ne pourraient donc être, au Sénégal, qu'une des conséquences de cette absence d'opérationnalité de la notion de population.

Conclusion

A travers l'exemple de la transition démographique, nous avons montré que la biopolitique n'est que peu opérante au Sénégal car la notion même de population – en tant

⁸⁴ A. Marie, art. cité, citation p. 63.

⁸⁵ Pour plus de détails, voir : E. Macia, P. Duboz et L. Gueye, « Les dimensions de la qualité de vie subjective à Dakar », *Sciences Sociales et Santé*, n°28, 2010, p. 75-84.

⁸⁶ D. Cohen, « La population contre le peuple. L'agonistique masquée des cours de Foucault au Collège de France, 1977-1979 », *Labyrinthe*, n°22, 2005, p. 67-76.

⁸⁷ M. Foucault, *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France. 1977-1978*, Paris, Seuil/Gallimard, 2004 [1978], citation p. 46.

qu'objet de la gouvernementalité – y est refoulée par un ensemble de dispositifs communautaires bien plus efficaces. C'est notamment le cas des dispositifs développés dans le cadre domestique, empêchant la famille de devenir un instrument du gouvernement de la population. L'obligation, pour les jeunes qui travaillent, de donner une somme d'argent importante au chef de famille⁸⁸ – qui la répartira ensuite – illustre bien cette résistance de la famille envers un État censé œuvrer pour l'intérêt général.

Dans le cadre de la transition démographique, le pouvoir de la famille apparaît primordial, mais les pouvoirs religieux et ethnique, les relations de village et de voisinage, ou encore les relations de pouvoir entre castes et classes sociales, jouent conjointement pour affaiblir le pouvoir de l'État et son impact sur la vie. Ces résistances face aux biopolitiques s'inscrivent bien entendu dans les processus historiques de construction de l'État au Sénégal⁸⁹.

Nous pourrions faire l'hypothèse que ces résistances sont, en quelque sorte, passives, comme inscrites dans un prétendu fond culturel, dans l'histoire des peuples et aux confins de la conscience individuelle. Dans ce cas, il n'y aurait pas de raison pour que la notion de population et la transition démographique ne finissent pas par s'imposer au Sud du Sahara, comme l'affirment la grande majorité des démographes. Cependant, on peut aussi faire l'hypothèse qu'il s'agit là de résistances actives et conscientes au contrôle productif de la population, un contrôle intériorisé, toujours plus serré et érigé comme valeur suprême de la modernité occidentale.

A vrai dire, il y a sans doute coexistence de ces deux formes de résistance – passive et active – au Sénégal. La configuration actuelle des relations de pouvoir semble aujourd'hui s'opposer aux valeurs – individualistes et libérales – du triptyque « gouvernement, population, économie politique ». D'autres valeurs s'imposent, notamment la famille et la spiritualité. Celles-ci sont soutenues par des dispositifs efficaces forgés dans des *habitus* communautaires qui empêchent l'instauration d'un régime biopolitique de la population et mettent en doute l'atteinte, dans un avenir proche tout du moins, d'un équilibre démographique dit « moderne » dans la sous-région. Elles appellent, surtout, à forger d'autres prismes, d'autres opérateurs, plus adéquats aux réalités et à l'historicité spécifique de la société sénégalaise.

⁸⁸ E. Macia, P. Duboz et L. Gueye, art. cité.

⁸⁹ D.C. O'Brien, M-C. Diop et M. Diouf, *La construction de l'État au Sénégal*, Paris, Karthala, 2002.