

**CONTRIBUTION DE L'HYGIENE ET ASSAINISSEMENT
A LA PROMOTION DE LA SANTE**

Par

Prof Jean Baptiste Nizeyimana (Distant Production House University)

E-mail : njebanize@gmail.com

Et

Dr Zongo Jean Marie (Distant Production House University)

E-mail : jeanmariezongo@yahoo.fr

Moussa Issa Lende (Doctorant au Distant Production House University)

Email : moussa.issa.lende@gmail.com ou moussa.nut@gmail.com

1. INTRODUCTION

La santé publique occupe une place particulière dans les sociétés contemporaines. Elle consomme des ressources considérables de l'Etat, mais en même temps remet en cause les formes traditionnelles de l'action étatique, dirigée par un « gouvernement » vers un peuple et un territoire (pour reprendre la définition de l'Etat traditionnel). En 2014, l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest a rappelé aux Etats la porosité des frontières face aux maladies transmissibles et la nécessité, mais aussi les difficultés, à coopérer dans la gestion de ces crises sanitaires dans un contexte de mondialisation et de complexification des enjeux. D'autres domaines comme la lutte contre les maladies chroniques (en particulier les cancers), bien que moins polémiques en apparence, mobilisent aussi les Etats au niveau tant national qu'international. Ainsi, non seulement les questions sanitaires ont acquis une visibilité nouvelle, mais elles ont aussi pris plus que jamais une dimension internationale, pour ne pas dire transnationale. En même temps, la santé publique renvoie à cet « Etat en action » qui cherche à préserver et si possible à améliorer la santé des populations. Pour ce faire, les Etats ont mis en place des institutions aussi bien nationales qu'internationales ; l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), née au lendemain de la seconde guerre mondiale, en constitue certainement la forme la plus aboutie dans le domaine

de la santé publique internationale. S'ils sont « partie prenante » de cette dynamique, les Etats doivent désormais composer avec ces nouveaux acteurs – les organisations internationales – qui participent aussi à la prise en charge des enjeux politiques (sanitaires).

Ce travail se donne pour objectif de restituer cet élément de l'histoire de la santé publique dans le monde contemporain qui est son institutionnalisation internationale à travers l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Dans ce contexte très large, j'ai choisi un point d'appui précis, étroit en apparence : les programmes d'éducation sanitaire de l'OMS. Curieusement, ce domaine d'action de l'organisation est très peu étudié alors même qu'il représente une part importante de son activité. L'intérêt de la recherche s'est plutôt porté sur le recours à des instruments contraignants : il est vrai que la gestion des quarantaines – pratique visant à isoler les individus et à les soumettre à des examens et des mesures sanitaires au nom d'un intérêt commun pour la protection contre les épidémies – est à l'origine des premières conférences internationales dans le domaine sanitaire³. On suppose également qu'ils renvoient à une conception classique de l'Etat comme force de contrainte et de ce fait qu'ils ont été plus simples à comprendre dans le cadre classique de la théorie de l'Etat comme puissance d'autorité. L'éducation sanitaire se donne au contraire pour objectif d'inciter les individus à adopter des comportements jugés favorables à la santé. Peut-être moins spectaculaire en apparence, elle n'en est pas moins un outil de contrôle des individus, même si elle ne passe pas par la coercition. Si on considère la création d'un Département Education Sanitaire de la Population dès les premières années d'existence de l'OMS, on doit alors s'interroger sur ce processus qui inscrit le recours à l'éducation sanitaire dans une dynamique d'institutionnalisation internationale.

1.1 Naissance de l'éducation sanitaire : quand les savoirs rencontrent les objectifs des pouvoirs publics

L'histoire de l'éducation sanitaire débute au XIX^e siècle. Il faut donc s'intéresser à cette époque. En effet, notre travail consiste à mettre au jour les conditions d'émergence de ce que nous qualifierons comme une stratégie au service de l'action publique, à savoir l'éducation sanitaire. C'est cet angle d'attaque qui constitue le fil conducteur de notre démonstration. Cette analyse fait apparaître l'importance du contexte, et surtout le travail de mise en sens du réel qui s'opère à travers des pratiques portées par des acteurs et des discours rendus visibles ; le choix du recours à l'éducation sanitaire renvoie bien à un processus où s'articule production de savoirs, mise en

forme d'un « problème public » particulier, et légitimation d'une intervention (publique) qui passe par des instruments ou des techniques de pouvoir.

Revenir sur la naissance de l'action (publique) sanitaire amène à un constat : l'éducation sanitaire, technique visant la modification des comportements individuels vis-à-vis de la santé, n'a pas toujours été mobilisée par les Etats. Le XIXe siècle, qui peut être considéré comme le point de départ des politiques contemporaines de santé, est plutôt celui des mesures orientées vers la modification des environnements. Etudier cette période permet cependant, comme un effet de miroir, de considérer ensuite les conditions d'émergence de l'éducation sanitaire comme technique de pouvoir. Tout d'abord, ces pratiques, qu'elles soient environnementales ou éducatives, trouvent leurs origines dans un savoir porté en premier lieu par des médecins. Il faut s'y intéresser : à « l'ère du progrès », l'action (publique) trouve sa légitimité dans le recours à la science, dont l'hygiène publique est l'exemple dans le domaine sanitaire. Proposant une interprétation des origines des maladies, ce savoir offre surtout des moyens d'action permettant de protéger et d'améliorer la santé des populations. Or, à la fin du XIXe siècle, la théorie sur la contagion qui prévalait jusque-là et justifiait les interventions sur les milieux de vie est supplantée par la découverte des agents pathogènes, qui renforce l'idée de transmission et oriente l'action publique vers des mesures visant directement les populations. Cela dit, il ne faudrait pas considérer non plus la production des savoirs, même lorsqu'ils se revendiquent de scientificité, comme un simple processus de découverte de la vérité. Ceux-ci renvoient également à des conditions particulières qui non seulement orientent leur contenu, mais aussi la visibilité qu'ils peuvent acquérir ; ils sont le fait de groupes sociaux et plus particulièrement professionnels – ici les médecins et plus largement les hygiénistes – qui y trouvent aussi un moyen de légitimation. Ce faisant, ces savoirs reflètent aussi les préoccupations des sociétés et plus précisément encore de leurs élites : à l'ère de l'industrialisation et de l'urbanisation, ce qu'on appelle à l'époque la question « sociale » ou, pour éviter le langage indigène, celle de la gestion des classes populaires, est centrale. A la fin du XIXe siècle, celle-ci est supplantée par la question nationale, dans un contexte de guerres successives en Europe.

1.2 Naissance de la santé publique : le XIXe siècle ou l'ère des mesures environnementales

Le XIXe siècle marque incontestablement l'essor d'un savoir (d'action) : l'hygiène publique. Celui-ci propose une certaine analyse des origines des maladies et des moyens de les combattre, participant à la mise en sens d'une préoccupation (nouvelle) : la santé des populations. C'est pourtant la rencontre avec un outil – la statistique – qui transforme ce savoir avant tout « scientifique » en un savoir d'action, susceptible d'intéresser les pouvoirs publics. Dans un contexte social et politique favorable à la mise en place de mesures d'action publique (sanitaire), les hygiénistes réussissent à orienter les politiques publiques dans le sens qu'ils jugent favorable : la modification des environnements insalubres.

1.3 L'hygiène publique : naissance d'un savoir sur la santé des populations Identifier l'émergence d'un savoir sur les maladies n'est pas aisé.

En effet, on pourrait remonter à l'Antiquité où, malgré une méconnaissance des déterminations scientifiques des maladies, s'affirme déjà un « souci de bonne santé » dans une perspective philosophique⁶¹. Mais c'est au XVIIIe siècle occidental que se marque l'affirmation progressive d'un savoir que nous qualifierons de « moderne » en ce qu'il se structure en étant porté par des professionnels – principalement des médecins –, à partir d'une démarche « scientifique » – l'observation – et surtout parce qu'il est à l'origine des premières grandes politiques de santé des sociétés contemporaines. Il s'agit de l'hygiène publique, qui naît progressivement au XVIIIe siècle pour se structurer et s'institutionnaliser au XIXe siècle. Tout d'abord, l'hygiène publique ne constitue pas un savoir totalement homogène. Plutôt une « matière sans arêtes bien nettes », elle n'en renferme pas moins des grands principes, qui sont de très bonnes indications non seulement de l'état des connaissances de l'époque, mais aussi des acteurs qui produisent ce savoir et de la manière dont ils en dessinent les contours. Ainsi, l'hygiène publique semble d'abord être le fait de médecins : Louis Lépecq de La Cloture (1736-1804), considéré comme un des premiers hygiénistes en France, en est un exemple.

Les origines des maladies étant toujours mal connues à cette époque, c'est une approche préventive qui prévaut : les médecins, plutôt que « de prétendre les soigner, au risque [...] que le remède fût pire que le mal », préférèrent « tenter de les prévenir [...] ». Ils défendent ce faisant un « art de conserver la santé » plutôt qu'une science visant à soigner les maladies. Ces médecins hygiénistes n'en proposent pas moins une certaine étiologie des maladies, c'est-à-dire une certaine interprétation de leurs origines. Ils s'appuient sur un courant appelé « néo-hippocratique

», qui estime « qu'une maladie naît dans des conditions d'environnement précises et qu'il suffit d'en changer l'un des éléments pour la supprimer ».

L'identification des « miasmes » au XVIIIe siècle vient compléter ce paradigme. A partir de l'observation des marais, préoccupation importante du fait de la mortalité élevée des individus y travaillant, ces médecins identifient ces « émanations inappréciables des substances végétales ou animales, mêlées à l'atmosphère et produisant toutes les maladies infectieuses et infecto-contagieuses ». C'est donc au « milieu de vie du patient » qu'ils s'intéressent. A partir du XIXe siècle, l'hygiène publique est enseignée dans les facultés de médecine. D'un savoir isolé porté par quelques médecins de campagne, elle est devenue légitime et se transmet dans le cadre d'une institution. En France, le Docteur Hallé, également membre de la Société royale de médecine, y présente son « paradigme ». S'y arrêter permet de mieux apprécier les savoirs qui sont alors véhiculés. Hallé distingue tout d'abord dans l'origine de l'état de morbidité des individus des « causes prédisposantes » qui doivent être appréhendées en fonction de l'individu d'un point de vue strictement individuel – sa « constitution physique » le prédisposant à certaines maladies plus que d'autres – mais aussi d'un point de vue social – en considérant la « constitution médicale des populations » qui dépend des « particularités du lieu, de la saison, du climat, de la population ou de la profession, etc., » et qui prédispose certains groupes aux endémies et épidémies. Ensuite, la santé ou la maladie d'une population est influencée par des agents pathogènes extérieurs. Hallé établit à ce titre une classification de ce qu'il nomme les « modificateurs de santé », distinguant : les « choses environnantes comme l'air, la lumière, le climat, selon les saisons », celles « appliquées à la surface du corps, comme les aliments, les boissons et les médicaments », celles « rejetées du corps, comme les excréments, le sperme ou le sang menstruel » ainsi que les « actions volontaires, comme la veille, le sommeil, la locomotion et le repos, selon les professions », et enfin les « perceptions, les sensations, les affections, les cognitions, subsumées toutes ensemble sous l'hygiène morale ».

On trouve finalement ici les grandes thématiques qui sont portées par les hygiénistes tout au long du XIXe siècle. Tout d'abord, il s'agit bien d'une vision d'un individu inséré dans son milieu. Le grand paradigme, la grille conceptuelle au cœur de l'hygiène publique, se caractérise par cette « dimension anthropologique »⁷⁰, « environnementale et sociale ». De plus, elle s'intéresse à ce milieu tant d'un point de vue matériel que moral. Finalement, se révèle potentiellement

pathogène tout « ce que nous pourrions appeler en termes d'aujourd'hui le mode de vie produit par le climat et le terroir locaux et, bien évidemment, dans la psychologie collective que celui-ci façonne ainsi que dans les pratiques et conduites de toutes sortes que cette dernière conditionne ». Si les comportements des individus sont bien pris en compte dans cette approche, ils sont appréhendés dans leur relation étroite au cadre de vie. Ainsi, l'hygiène publique est bien un savoir au sens d' « un ensemble cohérent de connaissances acquises au contact de la réalité ou par l'étude »

2. METHODOLOGIE

Dans cette partie, les aspects méthodologiques en sont l'une des parties les plus importantes. Pour cette raison, le but est d'expliquer ces aspects méthodologiques de l'entreprise. Les principaux axes de ces aspects sont à savoir: les approches utilisées, les méthodes de collecte des données et les instruments de recherche, le plan d'échantillonnage (population, techniques d'échantillonnage, taille de l'échantillon) ainsi que les méthodes de traitement des données.

2.1 Conception de l'étude

La conception de l'étude étant un cadre qui a été établi pour rechercher des réponses aux questions de recherche, elle permet d'aborder efficacement le problème de la recherche de manière logique et aussi sans ambiguïté que possible. À cet égard, la conception de cette étude est basée sur les principes fondamentaux de la recherche exploratoire où l'intention n'est pas de fournir des preuves concluantes, mais aide à avoir une meilleure compréhension du problème en explorant le sujet de recherche avec différents niveaux de profondeur (Saunders, 2012).

2.2 Stratégie de l'étude

Cette recherche se réfère aux critiques, documentations et autres matériels de lecture et les réactions de l'entretien lors de la collecte des données doivent être pris en compte. En s'adressant aux littératures écrites, cela peut aider à interpréter et à mieux comprendre la réalité complexe d'une situation donnée de manière qualitative. L'approche de cette étude est qualitative car elle explore et comprend comment formuler des stratégies pour le relèvement d'un secteur de la santé en crise car elle suppose que le sens et les connaissances sont construits dans un contexte social

et cherchent à comprendre les perspectives subjectives des participants (validité sociale) pour fournir une description riche des phénomènes.

2.3 Collecte de données

En général, la collecte de données peut être utilisée grâce à diverses techniques. Il existe principalement deux manières différentes: par des données primaires et secondaires. Les données primaires sont des données qui ont été collectées spécialement à cette fin. Cela implique à la source d'origine de première main, alors que les données secondaires se réfèrent aux informations collectées par d'autres (Bryman et Bell, 2011).

2.4 Outils et méthodes de collecte de données: documentation

La recherche documentaire fait référence à la bibliothèque et à la documentation en ligne. Il se composait de livres, d'articles de synthèse, de rapports et d'autres documents écrits dans la ligne de l'étude. En outre, des données en ligne ont été collectées; ces données complétaient celles que nous n'avons pas trouvées dans les livres.

2.5 Analyse des données

L'analyse des données est le processus de description et d'évaluation des données. Cependant, la base de la recherche réside dans l'interprétation des données et dans la description de l'expérience vécue des êtres humains (Atkinson et al 2001). Comme la nature de cette étude s'inspire des sources de données des données primaires et secondaires, leur analyse sera basée sur l'approche interprétative ou analytique qui se concentre sur la façon dont les répondants interprètent leur réalité subjective et y attachent un sens. Comme cette étude est qualitative, il n'y a pas de manière unique d'analyser les données qualitatives (Powell et Renner, 2003:1), nous ne nous sentions pas obligés de séparer une partie de l'analyse des données. Pourtant, nous aurons des résultats directs du documentation et les relierons à ce qui a été dit par les observateurs dans leurs littératures et obtiendrons l'analyse des données en utilisant le prisme des cadres théoriques et conceptuels conçus pour cette étude.

3. RESULTATS

3.1 L'éducation sanitaire, stratégie d'action publique visant la modification des comportements individuels

Si les premières mesures d'action publique dans le domaine sanitaire se caractérisent par leur visée environnementale, les transformations de la fin du XIXe siècle marquent une nouvelle orientation : la volonté de modifier les comportements individuels afin de limiter la propagation des épidémies. Sans abandonner totalement les mesures précédentes, en particulier celles de police sanitaire, les Etats se dotent d'une nouvelle technique de pouvoir : l'éducation sanitaire. Celle-ci, si elle poursuit le même objectif, à savoir la protection de la santé des individus, se distingue des mesures précédentes en ce qu'elle vise plus directement les individus, dont l'éducation sanitaire est une technique essentielle.

3.2 L'éducation sanitaire, technique de modification des comportements individuels

Cette vision d'une population à éduquer aux préceptes de l'hygiène n'est pas tout à fait nouvelle : l'hygiène publique la prône dès ses débuts. Mais c'est son appropriation par les pouvoirs publics qui marque l'émergence de l'éducation sanitaire comme technique de gouvernement. Celle-ci se matérialise alors sous deux formes en particulier. L'éducation sanitaire à l'école tout d'abord devient un élément central des politiques de santé au XXe siècle : renfermant les futures générations, l'école constitue un lieu privilégié où le projet d'une société saine peut s'accomplir. La propagande sanitaire ensuite vient compléter cette entreprise éducative qui, si elle doit débiter dès le plus jeune âge, ne peut se passer d'une action tout au long de la vie des individus.

3.3 De l'hygiène publique comme acte d'éduquer à l'éducation sanitaire comme pratique professionnelle

La montée en puissance d'un discours sur « l'éducation sanitaire » constitue une réorientation profonde des intérêts portés par l'action publique dans le domaine de la santé. Elle concrétise le passage d'un intérêt pour modifier des conditions extérieures de vie à la recherche d'une influence sur les comportements personnels. Ce n'est pas une rupture absolue pour autant. Si l'hygiène publique se caractérise avant tout par sa visée collective et par la promotion de mesures d'hygiène ciblant la modification des environnements, l'éducation n'est pas absente de la réflexion qu'elle porte. En effet, sous l'influence de la philosophie des Lumières, les premiers médecins hygiénistes s'intéressent aux progrès des connaissances dans une finalité de progrès

social. Les découvertes de la médecine préventive doivent, selon eux, être mises à la disposition du peuple pour que l'amélioration de la santé de tous devienne une réalité.

Leur discours se fonde plus précisément sur une perception négative des pratiques thérapeutiques populaires. Les mauvaises habitudes alimentaires sont particulièrement visées, comme le montre l'exemple de Louis Lépecq de La Cloture qui, en 1765, pointe du doigt l'abus de liqueurs chaudes et spiritueuses comme source de dysenterie chez les paysans. Plus largement, « toutes les formes de dépravation », dont l'abus d'alcool fait partie, sont fustigées. Jugé « crédule, grossier, impatient », le peuple serait surtout « manipulable » et à la merci des « charlatans », vision pessimiste du peuple à laquelle s'articule « un optimisme fondamental à propos de la possibilité de sa perfectibilité physique et morale qui permettrait de lui désapprendre ses propres crédulité, grossièreté, impatience et de lui donner les moyens de déjouer ses manipulateurs.

Conclusion

L'analyse que nous venons de proposer se présente comme une histoire conceptuelle qui prend forme à la croisée de la philosophie des idées et de l'analyse de l'action publique (internationale). A partir d'un objet d'apparence étroit l'inscription de l'éducation sanitaire, stratégie visant la modification des comportements individuels sanitaires, dans les activités de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dès sa création en 1948 nous avons retracé l'histoire d'un projet politique qui se donne pour objectif l'amélioration de la santé des populations (mondiales) et qui passe (notamment) par un processus d'institutionnalisation à l'échelle internationale. S'il nous a fallu remonter à la genèse de cette action publique (internationale), c'est pour mieux rendre compte des conditions d'apparition d'une certaine représentation du réel en l'occurrence la nécessité perçue de lutter contre des maladies qui touchent la population (mondiale) mais aussi et surtout d'une manière d'agir sur ce réel, par l'éducation aux principes de l'hygiène. Cette histoire de mise en sens et de mise en pratique de ce projet politique, qui remonte (au moins) au XVII^e siècle, fait émerger le rôle joué par des acteurs les (médecins) hygiénistes qui portent un savoir l'hygiénisme et s'insèrent dans un espace les arènes législatives notamment où l'action publique prend forme. C'est ainsi qu'une vision qui semble aller de soi – l'éducation comme levier essentiel de l'action publique sanitaire – se révèle être le produit d'un certain agencement historique (et donc contingent) : l'hygiène publique, à ses débuts, visait essentiellement la modification des environnements jugés insalubres, et il faut

attendre la fin du XIX^e siècle, en particulier la découverte du rôle des germes dans la transmission des maladies, pour que l'individu devienne la cible privilégiée de l'action publique sanitaire.

REFERENCES

- Sy, I., Keita, M., Traoré, D., Koné, B., Bâ, K., Wedadi, O. B., ... & Cissé, G. (2014). Eau, hygiène, assainissement et santé dans les quartiers précaires à Nouakchott (Mauritanie): contribution à l'approche écosanté à Hay Saken. *VertigO-la revue électronique en sciences de l'environnement*, (Hors-série 19).
- Diedhiou, A., Ndiaye, P., Sourang, A. M., Ba, A. D., & Diallo, I. (2006). Participation communautaire et promotion de la santé: l'expérience des comités d'hygiène et de salubrité du district de Touba (Sénégal). *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*, 16(1), 43-47.
- Brahima, C. (2017). Stratégies De Maintien Des ONG Locales En Côte d'Ivoire: Cas Des ONG Œuvrant Dans Le Domaine De L'eau, L'hygiène Et L'assainissement Dans La Zone Duekoué-Guiglo. *Caritas*, 8, 02.
- Sarker, M., & Joarder, T. (2012). Collaboration intersectorielle: une nouvelle voie pour promouvoir la promotion de la santé communautaire.