



HAL
open science

Les médecins face aux risques sanitaires environnementaux : attitudes, savoirs, territoires

Françoise Bouchayer

► **To cite this version:**

Françoise Bouchayer. Les médecins face aux risques sanitaires environnementaux : attitudes, savoirs, territoires. 2011. halshs-00668337

HAL Id: halshs-00668337

<https://shs.hal.science/halshs-00668337>

Submitted on 9 Feb 2012

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.

Les médecins face aux risques sanitaires environnementaux

Attitudes, savoirs, territoires

Françoise BOUCHAYER

avec la collaboration de Katrin LANGEWIESCHE

Centre Norbert Elias,
UMR 8562 EHESS-CNRS
Centre de la Vieille Charité, 2 rue de la Charité, 13236 Marseille cedex 02
Tél: 04 91 14 07 58 - mèl : bouchayer@univmed.fr

Juillet 2011

Plan

La démarche et la conduite de la recherche – 3

I - Aux sources de l'intéressement des médecins pour la santé environnementale : patients, savoirs, territoires, positionnements professionnels et citoyens – 6

I. 1 - Le rapport aux territoires d'exercice et à la patientèle – 7

. *La ville, le quartier et les milieux sociaux* – 7

. *Un inattendu système d'échos* – 8

I. 2 - Le rapport à la médecine et à ses savoirs – 10

. *L'état des connaissances validées et l'état de ce que pensent les patients* -10

. *Des positionnements variés vis-à-vis de l'orthodoxie médico-scientifique* - 11

. *Quelles possibilités d'intervention pour les médecins praticiens ?* – 12

. *Trois catégories de praticiens plus particulièrement concernés* – 13

I. 3 - Les médecins activement mobilisés sur les problématiques santé environnement -15

Encadré : Les associations médicales de santé environnement - 18

I. 4 - Les plans et les contours de « l'effet territoire » - 19

II - L'administration territoriale de la santé environnement et les médecins praticiens – 21

. *De quelques circuits de signalement* – 22

. *Médecins inspecteurs de santé publique (MISP) et ingénieurs sanitaires (IS)*- 23

. *Des études ciblées et des démarches à visée fédératrice* – 24

. *A l'échelon des collectivités locales et territoriales* – 25

. *La santé environnement : un paysage traversé par des tensions et des différends doctrinaux, institutionnels et politiques* - 27

III - Professions, expertise et mobilisations. Etat de la question et discussion - 29

. *Deux études récentes sur les médecins et les risques sanitaires environnementaux* - 30

. *Historiens d'aujourd'hui, médecins et dangers environnementaux d'autrefois* - 31

. *Identités, trajectoires et formes d'engagement des médecins* - 32

. *L'action publique et les mobilisations dans le champ santé environnement* -33

. *Inégalités sociales de santé et inégalités sociales environnementales (ou écologiques)* - 34

Conclusion - 34

Bibliographie - 37

Résumé - 41

La démarche et la conduite de la recherche

Au sein de la vaste - et semble-t-il durable - mouvance environnementaliste qui parcourt notre époque nous avons choisi de nous intéresser à une question spécifique : celle des rapports qu'entretiennent les médecins avec la question des risques sanitaires environnementaux. Les préoccupations et les connaissances relatives aux liens entre d'une part les états de santé des individus et des populations, de l'autre les caractéristiques des environnements dans lesquels ils vivent au quotidien ont jalonné et parfois structuré les différentes étapes de l'histoire de la médecine. Les modalités de leurs énoncés et de leur mise en application ont sensiblement varié selon les époques et les pays, et c'est sur les manières dont celles-ci se présentent aujourd'hui et en France que nous portons notre attention.

Notre entrée première dans ce sujet se rapporte plus particulièrement aux médecins praticiens, c'est-à-dire ceux dont l'activité principale consiste à recevoir et à soigner des patients. A partir de ces professionnels de santé, c'est la médecine en tant que discipline associant un registre savant (les connaissances et les compétences) et un registre d'intervention clinique (faire une anamnèse, établir un diagnostic, définir une conduite thérapeutique et/ou préventive) qui se trouve au cœur de notre démarche.

Nous avons pris le parti méthodologique d'articuler cette première entrée dans le sujet avec une dimension d'un autre ordre, correspondant aux espaces territorialisés dans lesquels s'inscrivent les échanges entre les médecins et leurs patients. Cette articulation nous est apparue pertinente à plusieurs égards. Il convient tout d'abord de considérer le caractère situé dans l'espace tant de l'implantation de l'offre de soins (le cabinet médical, les services hospitaliers) que des lieux et territoires de vie des patients - et au-delà de la population générale. Nous avons également à l'esprit la composante fortement localisée d'un certain nombre de « dossiers » relatifs à la santé et à l'environnement¹ qui ont donné lieu, depuis la fin des années 1990 notamment, à une plus ou moins forte mobilisation et large médiatisation. A titre d'illustration on peut évoquer les diverses « affaires » autour des incinérateurs d'ordures ménagères : à Gilly-sur-Isère (Savoie), à Lunel-Viel (Hérault), à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), à Fos-sur-Mer (Bouches-du-Rhône), etc ; ou celles concernant des établissements scolaires où l'apparition d'une série de cancers chez des enfants² a déclenché une mobilisation des familles et a débouché sur la réalisation d'études épidémiologiques spécifiques comme à Saint-Cyr-l'Ecole (Yvelines) et à Vincennes (Val-de-Marne) ; la reconnaissance successive de l'imprégnation par les PCB des différentes portions du Rhône (de Lyon à Port-Saint-Louis) ; les décisions de justice prises suite aux réclamations de riverains pour que soient démontées des antennes relais situées à proximité d'habitations, etc.

A cette série d'évènements inscrits dans le temps et dans l'espace et en permanence réactivée par l'actualité (le nucléaire, de Tchernobyl à Fukushima ; les gaz de schiste ; la « bactérie tueuse » dans les légumes, etc) s'ajoute un large éventail de facteurs et de processus généralisés et constants aujourd'hui reconnus comme porteurs d'impacts environnementaux et sanitaires : pollution atmosphérique provenant du trafic automobile, aérien et naval ainsi que des installations industrielles ; engrais, pesticides et PCB contaminant la chaîne alimentaire ; métaux lourds et autres produits dangereux dans les sols des friches industrielles ; résidus médicamenteux dans l'eau distribuée ; molécules chimiques nocives présentes dans de nombreux biens d'usage courant (emballages alimentaires, produits d'entretien, cosmétiques, mobilier, biberons, etc) sans oublier toute la gamme des risques que l'on nomme « émergents » ou « nouveaux » : OGM, nanomatériaux, ondes électromagnétiques, etc.

¹ Nous employons ici de manière indifférenciée les expressions de santé et environnement, santé environnementale, risques sanitaires environnementaux, etc.

² On parle de « cluster » ou « d'agrégat spatio-temporel » à propos de ce type de situation.

Dans le même temps, les politiques publiques en matière de sécurité et de santé environnementales se sont déployées dans plusieurs directions : création d'agence dédiées (InVS, AFSSET et AFSSA devenus en 2010 l'ANSES³), mise en place de programmes nationaux tels que les PNSE, déclinés en PRSE⁴, lancement d'opérations de recherche (santé environnement travail, cancer), Grenelle de l'environnement, mesures législatives et réglementaires, etc.

C'est dans ce contexte général, que l'on peut qualifier d'effervescent, que nous nous sommes demandés si l'on retrouvait à l'échelon de l'activité des médecins praticiens des prolongements ou des « traces » de ces problématiques, en questionnant notamment leur composante territorialisée. Cette orientation de la recherche se fondait sur une étude exploratoire que nous avons conduite en 2005 auprès de médecins exerçant sur deux sites des Bouches-du-Rhône, à Marseille et à Fos-sur-Mer (Etang de Berre). Il en ressortait que les praticiens de Fos - zone fortement industrialisée et siège depuis plusieurs années d'une mobilisation contre la construction d'un incinérateur d'ordures ménagères - se montraient sensiblement plus concernés que leurs collègues marseillais par les problèmes sanitaires posés par la pollution et la dégradation de l'environnement (Bouchayer et coll., 2010).

Afin de compléter cette approche, il nous a semblé opportun d'interroger également la façon dont se présentent aujourd'hui les rapports entre d'une part les médecins praticiens et leurs représentants (syndicats, sociétés savantes, UMRL/URPS⁵, instances ordinales), d'autre part les structures en charge aux différents échelons territoriaux de la santé environnement : administrations sanitaires déconcentrées (DRASS et DDASS puis ARS⁶, CIRE⁷), observatoires régionaux de santé (ORS)⁸, conseils régionaux et généraux, municipalités. Ce volet de la recherche met en scène d'autres acteurs exclusivement ou partiellement spécialisés en santé environnement : les ingénieurs sanitaire (IS), les épidémiologistes, les médecins inspecteurs de santé publique (MISP), les médecins territoriaux.

Plus précisément, les questions auxquelles nous avons cherché à répondre sont les suivantes :

- dans le cadre de leur exercice quotidien, comment les médecins considèrent-ils la question des liens entre les états de santé/maladie et les environnements dans lesquels vivent leurs patients ? Quelles sont les caractéristiques de ce type d'attention clinique ?
- quelles sont les formes prises par l'engagement actif de certains praticiens dans le domaine de la santé et des pathologies environnementales ? Que peut-on dire des déterminants des différentes postures observées à cet égard ?
- qu'en est-il des proximités ou des disjonctions entre les perceptions respectives de l'espace local et de ses dangers par les médecins et par les professionnels des administrations sanitaires territoriales ? Ces deux catégories d'acteurs sont-elles amenées à échanger entre elles ?

Nous situons cette recherche au croisement d'une sociologie des professions, de l'expertise et des mobilisations. Nous présenterons en dernière partie un état de la question sur les perspectives offertes

³ InVS : Institut national de veille sanitaire. L'InVS comprend cinq départements scientifiques dont celui « Santé environnement » - AFSSET : Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail - AFSSA : Agence française de sécurité sanitaire des aliments - ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire des aliments, de l'environnement et du travail.

⁴ PNSE /PRSE : Plan national/Plan régional santé environnement.

⁵ URML : Unions régionales des médecins libéraux, devenues en 2010 les URPS (Union régionales des professionnels de santé) suite à l'entrée en vigueur de la loi Hôpital, patients, santé, territoire (HPST).

⁶ DRASS/DDASS : Directions régionales/départementales de l'action sanitaires et sociale, redéployées à partir d'Avril 2010 au sein des Agences régionales de santé (ARS).

⁷ CIRE : Cellules interrégionales d'épidémiologie de l'institut de veille sanitaire (InVS).

⁸ Les 26 ORS ont pour mission la réalisation d'études sur l'état de santé des populations en vue d'orienter l'action des décideurs. Environ 43 % de leur budget provient de l'État. Les conseils régionaux participent à hauteur de 25 % du budget global des ORS. Le reste émane de divers financeurs nationaux, régionaux et locaux. Certains ORS ont plus particulièrement développé un secteur d'expertise consacré à la santé environnement, en PACA et en Ile de France par exemple.

par ces domaines de recherche pour l'étude de notre sujet. Signalons dès à présent que la question des attitudes des médecins face aux risques sanitaires environnementaux n'a à ce jour pas donné lieu, à notre connaissance et en France, à des publications de recherche en sciences sociales.

Une approche centrée sur trois pôles urbains

Les investigations de terrain ont porté sur trois sites urbains, et au-delà sur les trois départements et les deux régions correspondants. Cette démarche visait à approcher de manière circonstanciée les conduites et les dynamiques d'acteurs, les échanges et les actions diverses à l'œuvre sur des terrains spécifiés. Il s'agissait en outre de se donner les moyens de mener une approche comparative et transversale sur les aspects communs, les constantes, les différences ou les contrastes observés. Une certaine montée en généralité dans l'analyse des phénomènes étudiés était ainsi escomptée.

Le choix des trois sites a été guidé par un souci de disposer d'une diversité de situations associée à une non dispersion sur l'ensemble du territoire national. Les villes retenues se situent dans deux régions du Sud-Est de la France - Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) pour Marseille, Rhône-Alpes pour Lyon et Chambéry - et trois départements - Bouches-du-Rhône, Rhône et Savoie. Cet « échantillon » comporte donc deux pôles urbains importants, Marseille et Lyon, fortement industrialisés et entourés de grands équipements de transport, et une ville de taille moyenne dont l'environnement est relativement moins « chargé ». Le choix de deux grandes villes a aussi été déterminé par le fait que tous les segments de la profession médicale y sont représentés et qu'elles disposent chacune d'un centre hospitalo-universitaire associant des activités de soins, d'enseignement et de recherche. Marseille compte 820 000 habitants, et son agglomération 1,3 million, Lyon 430 000 habitants et l'agglomération lyonnaise 1,3 million également, Chambéry 55 000 habitants et son agglomération 104 000. Ces trois villes sont les chefs lieu de leurs départements respectifs et le siège des administrations départementales déconcentrées et décentralisées. A Marseille et Lyon sont également implantées les administrations régionales.

Une série d'entretiens qualitatifs a été réalisée en 2009 et 2010 sur chacun de ces sites. Au total, nous avons interviewé 62 médecins généralistes ou spécialistes dont la plupart exercent en libéral, les autres en milieu hospitalier. Ces médecins ont été contactés le plus souvent « au hasard » à partir des pages jaunes de l'annuaire, ou des organigrammes des services hospitaliers. Quelques praticiens ont été contactés en raison de leurs fonctions au sein d'instances professionnelles (conseil de l'ordre, URML) ou de leur engagement dans des associations médicales dédiées à la santé environnement.

Nous avons également mené 29 entretiens auprès d'acteurs en charge des questions santé environnement au sein des différentes administrations municipales, départementales et régionales : DRASS, DDAS, CIRE, ORS, conseils généraux, services communaux d'hygiène et de santé (SCHS).

Afin de disposer d'une vue d'ensemble des problématiques santé environnement et plus particulièrement de l'implication des médecins et des administrations sanitaires et territoriales sur ces questions, nous avons mené de nombreuses investigations complémentaires : échanges informels, entretiens avec divers informateurs⁹, documents administratifs, rapports d'étude, colloques, presse médicale, recherche sur Internet, publications en sciences humaines et sociales.

Le projet prévoyait de mettre en place des partenariats avec des regroupements de médecins mobilisés sur des thématiques de santé environnementale. Des contacts avaient été pris en amont du dépôt du projet et s'annonçaient prometteurs. Toutefois, tant ces premiers contacts que ceux pris ultérieurement,

⁹ Nous avons mené des entretiens complémentaires auprès de deux conseillers médicaux en environnement intérieur (CMEI), deux infirmiers/ières de santé publique (DDASS et consultant en santé environnement), un chercheur en écotoxicologie, un responsable associatif SE (pharmacien industriel).

en dépit de nombreuses relances et des reformulations de nos propositions, n'ont eu de suite, faute de « répondant » de la part des médecins et associations concernés¹⁰.

Les apports de cette recherche sont présentés en trois parties. La première, fondée sur l'exploitation des entretiens conduits auprès des médecins, se penche sur le rapport de ces praticiens à leur territoire d'exercice et à leur patients, à leur spécialité et, au-delà, à la médecine savante et institutionnalisée. La deuxième partie est consacrée à l'univers des acteurs en charge des questions santé environnement au sein des administrations sanitaires et aux relations entretenues avec les médecins praticiens. Dans une troisième partie nous présentons un état de la question alimenté par divers ensembles de publications en lien avec notre propre problématique de recherche.

I - Aux sources de l'intéressement des médecins pour la santé environnementale : patients, savoirs, territoires, positionnements professionnels et citoyens

Deux principaux axes d'analyse et d'interprétation se dégagent des entretiens réalisés auprès de médecins généralistes et spécialistes rencontrés : celui tout d'abord relatif à l'espace local, dans ses composantes territoriales et sociales, dans lequel s'inscrit l'activité quotidienne de ces praticiens ; celui ensuite correspondant au rapport qu'ils entretiennent avec leur discipline (la médecine et ses spécialités) et avec l'état des savoirs en matière santé et de pathologies environnementales (clinique, épidémiologie, toxicologie, bactériologie, etc). Dans un troisième temps, nous ferons le point sur les profils et les formes de mobilisation des médecins activement engagés sur la thématique santé environnement. Enfin, nous récapitulerons les données et interprétations exposées dans cette partie à l'aune de leurs articulations avec « l'effet territoire » appelé par la méthodologie mise en œuvre.

Les principales caractéristiques de « l'échantillon » (62 médecins praticiens)

- Sexe : 22 femmes, 40 hommes,
- Age : moins de 50 ans : 23
50 ans et plus : 39
leurs âges varient de 32 à 68 ans
- Ancienneté d'installation : 0 à 5 ans : 9
6 à 15 ans pour 15
16 ans et plus : 38
- Mode d'exercice : 57 libéraux et 5 hospitaliers

¹⁰ Divers enseignements peuvent être tirés de cet accès non abouti aux partenariats envisagés. Tout d'abord, il importe de préciser que les contacts pris avec les responsables d'associations médicales en santé environnement ont tous été fructueux et donné lieu à la réalisation d'entretien approfondis. Seul le responsable d'une instance professionnelle, après plusieurs occasions d'échanges informels et un intérêt manifesté pour la démarche proposée, n'a par la suite plus répondu aux messages envoyés. Dans un autre cas, l'accord de principe donné par un responsable associatif n'a pas été approuvé par le conseil d'administration. La piste de compréhension la plus pertinente à nos yeux de ce non souhait, pour ces associations, de s'engager dans une réflexion ou une étude conduite en partenariat avec une personne et une discipline « étrangères » tient au caractère jeune, non stabilisé et parfois hétérogène de ces regroupements. Il apparaissait sans doute difficile à ces interlocuteurs, à la recherche d'une consolidation de leur identité et de leurs modes de présence sur la scène publique, de s'associer dans une démarche inédite et de participer à un projet de recherche alors que leurs disponibilités en temps et en ressources humaines étaient assez restreintes.

- Spécialité : 35 médecins généralistes (omnipraticiens) dont 14 homéopathes
27 spécialistes : 6 cardiologues, 8 allergologues, 4 pneumologues (dont 3 hospitaliers), 3 dermatologues, 3 pédiatres, 1 ORL, 2 oncologues (hospitaliers).
- Lieu d'exercice : Marseille 28 (dont 4 sur le pourtour de l'Etang de Berre)
Lyon : 24 (dont 6 à Veynissieux)
Chambéry : 10 (dont 2 en périphérie semi-rurale)

Cet « échantillon », constitué en bonne partie, rappelons-le, de praticiens contactés au hasard à partir des pages jaunes de l'annuaire, rassemble des profils socioprofessionnels diversifiés avec une prédominance masculine, de praticiens de 50 ans et plus, installés dans le même cabinet depuis plus de 15 ans. Cette répartition ne se présente pas comme fortement biaisée par rapport aux données statistiques disponibles sur les médecins libéraux en activité. Le choix a été fait de surreprésenter les médecins homéopathes en raison de leur sensibilité supposée aux questions de santé environnement associée au type d'approche globale du patient qui leur est propre. La démarche engagée étant qualitative, il ne s'agit pas ici d'un échantillon qui se voudrait strictement représentatif. Nous avons plutôt cherché à constituer un ensemble représentatif de la diversité des praticiens, des situations d'exercice et des profils d'intéressement aux problématiques santé environnement.

Les entretiens auprès des 5 praticiens hospitaliers (2 oncologues et 3 pneumologues) ont principalement servi à alimenter notre approche de l'état des connaissances et des positionnements « légitimes » en matière de santé environnement. Les spécialistes hospitalo-universitaires peuvent en effet être situés comme les détenteurs et les diffuseurs d'une certaine orthodoxie savante et clinique. Cette approche a été complétée par les informations recueillies lors de colloques auxquels nous avons assisté et par la lecture de la presse médicale, dont les praticiens hospitaliers sont les principaux contributeurs.

I. 1 - Le rapport aux territoires d'exercice et à la patientèle

La ville, le quartier et les milieux sociaux

A plusieurs reprises au cours du déroulement des entretiens nous demandions aux médecins d'évoquer les caractéristiques environnementales de la ville ou de l'espace local où ils sont installés. La plupart d'entre eux a développé, sur un mode averti et intéressé, toute une palette de propos sur leurs appréciations en la matière.

« *Marseille, c'est pollué, mais il y a le mistral qui balaie* » (cardiologue, Marseille).

« *Sur la place, depuis qu'ils ont remplacé tous les platanes par des tilleuls, il y a beaucoup plus d'allergies* » (généraliste, Marseille).

« *A Lyon, il y a l'humidité, deux fleuves et un confluent, la circulation automobile et la colline qui retient la pollution. C'est clair que c'est une ville très polluée* » (généraliste, Lyon).

« *A Chambéry, l'air est relativement de bonne qualité, mais nous avons quand même une pollution due aux voitures qui passent dans les vallées, surtout pendant la saison de ski [...] Quand il fait froid par contre, les pollens ne sortent pas, c'est plus tard, quand il fait chaud. Donc les problèmes varient en fonction des saisons* » (allergologue, Chambéry).

Au delà de ces considérations générales, c'est plus précisément en référence aux caractéristiques associées du quartier et du profil social de leur patientèle que les médecins évoquent ce qui relève pour eux de nuisances et de problèmes environnementaux ayant des effets sur la santé. A cet égard, a été évoquée en tout premier lieu, sur les trois sites étudiés mais plus particulièrement à Marseille, la question des *logements insalubres*, responsables de multiples manifestations pathologiques ORL, respiratoires, digestives, allergiques. Lorsque la situation leur apparaît grave ou généralisée, certains praticiens font un signalement aux services communaux ou départementaux. Plusieurs médecins disent avoir eu l'occasion de déclarer un ou plusieurs cas de saturnisme infantile.

La question du *bruit* a également été très fréquemment soulignée. Le bruit est appréhendé comme entretenant un état permanent de tension et de mal-être. Il provient de la circulation mais aussi des travaux. Plusieurs médecins marseillais ont parlé des chantiers incessants, de la rénovation urbaine et des transformations du quartier qui amènent de nombreuses familles à vivre dans l'incertitude de pouvoir rester ou de devoir partir. Ces nuisances sont explicitement présentées par les médecins comme source d'anxiété, de dépression, de somatisations diverses.

La *mauvaise alimentation* a aussi été présentée par les médecins interviewés comme un des principaux problèmes liés aux modes et aux conditions de vie de leurs patients, en particulier ceux appartenant à des milieux modestes ou défavorisés, qui correspondent souvent à des populations migrantes (à Marseille et Veynissieux notamment). La *sédentarité*, le manque d'exercice physique quotidien ou de pratique sportive ont également été fréquemment évoqués.

Les incidences sur l'état de santé des *environnements professionnels et des conditions de travail* font aussi partie des sujets spontanément abordés par les médecins. Parfois d'ordre général, les remarques formulées à propos des pathologies professionnelles ont fréquemment été signalées en référence à des secteurs d'emploi locaux : l'amiante à Marseille pour les ouvriers des activités portuaires et navales, les troubles musculo-squelettiques chez les travailleurs de l'horticulture lyonnaise, les pathologies cancéreuses ou respiratoires des ouvriers des industries du « couloir de la chimie », au Sud de Lyon. Nombreux sont les médecins qui ont mis en avant les effets délétères du stress chronique alimenté par l'activité professionnelle exercée, ou par la crainte du licenciement ou encore par le chômage.

Il apparaît au final que l'environnement urbain est décrit comme d'autant plus pathogène, physiquement et moralement, que le quartier est défavorisé et que ses habitants ont des histoires et des situations de vie difficiles, tourmentées, marquées par l'incertitude quant à l'avenir. Les médecins exerçant dans ce type de quartier sont nombreux à avoir souligné que, bien davantage que « la pollution », ce qui, dans l'environnement, leur apparaît comme préjudiciable au plan médico-sanitaire relève en tout premier lieu de la dégradation des logements, des conditions de travail, du niveau socio-économique, des résonances prises par les drames de l'existence dans ces contextes déjà marqués par de multiples pesanteurs et préoccupations.

L'environnement urbain et social, tout particulièrement dans ces situations, apparaît donc importé à profusion par les patients dans le cabinet du médecin. Les praticiens installés dans des quartiers non défavorisés, ayant une clientèle plus diversifiée, ont pour leur part souvent tenus des propos analogues en ce qui concerne la frange socialement la plus modeste de leur clientèle. Mais c'est aussi en ce qui concerne l'ensemble de leur clientèle, quelque soit son profil socioprofessionnel, que ces facteurs environnementaux et existentiels sont signalés. Une homéopathe marseillaise nous dira d'emblée : « *La problématique de l'environnement, c'est une problématique de stress de vie* ». Il en est de même en ce qui concerne la mention, faite par tous les praticiens interviewés, des effets néfastes de la *pollution atmosphérique*, sans toutefois que ces praticiens puissent toujours en repérer de manière rigoureuse les effets sur leurs patients. Beaucoup signalent que « *les gens se plaignent et font le lien entre les pics de pollution et toute une série de symptômes* ».

Un inattendu système d'échos

L'appréciation que les médecins rencontrés portent sur leur environnement professionnel de proximité et sur la ville où ils exercent apparaît également alimentée par le propre ressenti de ces praticiens sur leur environnement de travail. Tout un système d'échos, fréquemment en miroir, parfois en opposition, se repère en effet dans les impressions spontanément exprimées. Certains ont explicitement souligné le caractère stressant pour eux-mêmes de la vie en ville, du bruit, de la circulation automobile et de ses encombrements, de la pollution atmosphérique. *Pour le médecin aussi, la ville est intranquille*. Près d'un praticien sur quatre a évoqué, d'une manière ou d'une autre, son exposition aux nuisances urbaines, cette appréciation se retrouvant plus fréquemment exprimée

par les médecins installés à Marseille. Dans cette ville, deux praticiens dont le cabinet se trouvait dans un immeuble destiné à être rénové ou démolit ont été contraints de déménager¹¹.

Plusieurs praticiens ont exercé dans différents quartiers d'une même ville. Ils comparent alors les spécificités respectives de ces localisations, non seulement en ce qui concerne les caractéristiques de leurs habitants et de leur clientèle mais aussi en établissant une appréciation différentielle de leurs avantages et inconvénients pour eux-mêmes en tant que médecin praticien. Une généraliste marseillaise par exemple nous indiquait d'emblée que ses conditions de travail avaient radicalement changé lorsqu'elle avait décidé de quitter le quartier Noailles¹². Cet espace de la ville lui était devenu littéralement « intenable », l'environnement humain et social immédiat ne lui permettant plus d'exercer son métier avec sérénité : présence quotidienne de toxicomanes dans la cage d'escalier, incivilités et agressions répétées, impossibilité de fonctionner sur rendez-vous, « désinvolture » des patients, etc.

Ces vécus de leur environnement professionnel et urbain amènent certains praticiens à choisir de manière très déterminée un lieu de domiciliation personnelle en dehors de la ville. « *Quand je suis à Marseille, j'étouffe* » nous signalait un homéopathe vivant dans un village situé à 15 km du centre ville. C'est tout particulièrement à Marseille et à Veynissieux que ces formes d'organisation des espaces respectifs de vie et de travail des médecins ont donné lieu à des commentaires. Sans doute parce que dans cette grande ville, et de façon plus marquée qu'à Lyon, l'habitat périurbain se présente comme davantage en rupture avec les nuisances intra muros, et particulièrement propice à en retirer divers agréments en terme de qualité de vie : le fait d'être « au vert », avec le soleil et les cigales au rendez-vous. Il est vrai aussi que, pour qui y vit au quotidien, l'ambiance de Marseille est sensiblement plus « dure » que celle de Lyon ou de Chambéry, villes socialement et environnementalement davantage « gentrifiées ». Les médecins chambériens n'ont pour leur part guère évoqué les nuisances de la ville. Ils ont par contre souligné les avantages tirés de la proximité de la montagne et des possibilités de loisirs et de détente qu'elle offre.

Au delà de la partition entre travailler dans la ville /habiter hors la ville, plusieurs médecins ont mis en avant le fait qu'eux même et leurs confrères n'habitaient le plus souvent pas dans le quartier où ils exercent. Leurs domiciliations se situent en général dans des quartiers cossus tandis que les espaces d'implantation des cabinets sont nettement plus diversifiés¹³. Les médecins apparaissent donc bien conscients de tout ce qui relève des inégalités écologiques, en matière d'habitat et de cadre de vie tout particulièrement.

Le souci de se ménager un cadre et un mode de vie satisfaisants et de qualité se retrouve dans les attitudes des médecins concernant leur propre manière de s'approvisionner et de se nourrir, et parfois leur choix du mode de déplacement au quotidien. Plusieurs, parmi les généralistes comme parmi les spécialistes, nous ont signalé être attentifs à manger des produits « sains », choisis préférentiellement parmi ceux cultivés à proximité de chez eux, quelques uns se fournissant régulièrement dans les boutiques ou les réseaux « bio ». Certains se déplacent en vélo et un généraliste lyonnais a fait partie de deux associations pour la promotion du vélo en ville ; il dit n'avoir jamais eu de voiture. D'autres limitent au maximum l'usage de leur téléphone portable en dehors des espaces-temps d'activité professionnelle. Plusieurs font ou ont fait partie d'associations pouvant être situées dans la mouvance écologiste. Près d'un médecin sur quatre relève, dans le groupé étudié, de ce type d'attitude. Toutefois, la plupart d'entre eux a souligné qu'il leur était difficile de conseiller à leurs patients une alimentation biologique, pour des raisons financières principalement. Seule une homéopathe a déclaré « *Moi je*

¹¹ Il s'agit du quartier de la République et de celui du Rouet, en chantier depuis des années et profondément transformés par la rénovation urbaine.

¹² Noailles est un quartier du centre ville très populaire, à l'habitat pauvre et dégradé, où vivent principalement des populations migrantes.

¹³ A titre d'illustration historique de ces questions, on peut se référer à Arborio, 2004.

conseille à mes patients de manger bio, carrément ! », quelques autres médecins, homéopathes pour la plupart, leur suggérant plutôt de se fournir en produits bio pour quelques aliments de base.

Signalons enfin, que plusieurs praticiens ont souligné le fait que « *Pour les médecins, le principal problème d'environnement actuellement c'est leur environnement professionnel* », évoquant par là les tensions vécues en raison des évolutions de la démographie médicale (diminution du nombre de généralistes et surcharge de travail), de leurs propres conditions de travail, des relations entre pairs, des rapports avec les tutelles (caisses d'assurance maladie notamment). Le président d'un conseil départemental de l'ordre a longuement parlé de ces problèmes en insistant sur les phénomènes d'épuisement professionnel, en augmentation au sein de la profession (dépressions, suicides, addictions, etc). Ce type de préoccupation, là encore, vient faire écho aux propos tenus par les médecins sur les environnements professionnels de leur patients.

I. 2 - Le rapport à la médecine et à ses savoirs

Le rapport des médecins à la médecine en tant que discipline d'intervention fondée sur des ensembles de savoirs et en tant qu'institution réglementée et structurée constitue l'autre grand registre d'analyse du matériau empirique recueilli par entretiens. Ce registre apparaît en partie articulé et en partie disjoint de celui abordé précédemment relatif au rapport au quartier, à la ville et à la patientèle.

L'état des connaissances validées et l'état des plaintes et des avis des patients

La plupart de praticiens rencontrés établissent un distinguo entre :

- ce que les patients pensent à propos de ce qui, dans l'environnement, est à la source de leurs troubles,
- ce qu'eux-mêmes en pensent et qui peut se trouver soit plutôt en accord avec les opinions des patients, et ce « *même si on ne peut pas actuellement se prononcer avec certitude* », soit nettement en désaccord en référence alors à l'état des connaissances validées en médecine et par la science.

A partir de là deux grands types d'attitudes se repèrent, qui permettent de situer les praticiens interviewés sur un axe bipolaire allant d'une proximité au système référentiel profane à une proximité plus exclusive au système référentiel professionnel, pour prolonger la conceptualisation proposée par E. Freidson (1971). La sensibilité professionnelle attentive aux opinions et aux représentations des patients se retrouve préférentiellement parmi les médecins généralistes, notamment les homéopathes, tandis que l'attachement aux canons des savoirs légitimés « par la science » apparaît davantage partagé par les médecins spécialistes. Un tiers environ des praticiens interviewés relève d'une position d'ouverture voire de proximité à la parole des patients, tandis qu'un sur deux environ s'en distancie (même s'ils sont « à l'écoute »), mettant en avant un légitimisme professionnel et scientifique, sur un mode parfois très catégorique. Une dermatologue de Lyon qui se montrait très agacée par « la psychose » des gens vis-à-vis du paraben ajoutait « *si c'était dangereux, depuis le temps, ça ce saurait et ça aurait été interdit* ».

A mi chemin, on retrouve les praticiens - généralistes, homéopathes ou spécialistes - qui tout en ayant tendance à penser, comme leurs patients, que la pollution affecte la santé, soulignent qu'il n'est pas vraiment possible, au plan clinique comme en référence à l'état des savoirs, d'établir des liens de cause à effet de façon rigoureuse. La corrélation entre l'attitude exprimée et la spécialité d'appartenance n'est en fait pas systématique. Par exemple, on retrouve aussi chez des généralistes et des homéopathes des propos ironiques et critiques sur « les croyances infondées et irrationnelles » des patients, les modes qui vont et qui viennent tendant à diaboliser tel ou tel produit (le lait de vache a souvent été cité) et à parer de toutes les vertus d'autres produits (le lait de chèvre, les produits biologiques).

Parallèlement, quelque soit la posture exprimée, une forte majorité des médecins fait part du constat établi à partir de son activité d'une plus grande fréquence de toute une palette de troubles qui sont ou pourraient être liés à la pollution, à l'emploi d'engrais et de pesticides en agriculture, aux produits

chimiques présents dans les biens d'usage courant, etc. Sont ainsi mentionnés en premier lieu les phénomènes allergiques (d'ordre respiratoire, dermatologique ou affectant la sphère ORL et les yeux) et les cancers. Les pneumologues et les cardiologues mettent en avant le fait que les pathologies chroniques sont aggravées lors des pics de pollution, soulignant que cela est maintenant bien documenté. En outre, divers autres troubles trouvent un terrain propice pour se développer dans des organismes déjà irrités par la pollution. Nombreux sont également ceux qui évoquent le climat et la météo - le chaud, le froid, le vent, l'humidité - comme facteurs environnementaux favorisant un certain nombre de troubles ou exacerbant des symptômes déjà présents.

Des positionnements variés vis-à-vis de l'orthodoxie médico-scientifique

« Notre activité doit être basée sur des preuves. Donc on ne peut pas condamner quelque chose tant que les preuves par des études validées ne montrent effectivement les dégâts ». Les propos tenus par ce cardiologue lyonnais en réponse à une question sur les éventuels dangers de la téléphonie mobile apparaissent tout à fait représentatifs de tous ceux tenus par les médecins affichant une position orthodoxe en matière de risques sanitaires environnementaux (près de la moitié de ceux rencontrés). Cette position de repli dans l'espace protégé de la médecine des preuves peut aussi être interprétée comme une stratégie de défense face au risque d'être pris en défaut de manque de discernement et de rigueur professionnelle. A l'inverse, une douzaine de praticiens sur les 62 rencontrés développent une attitude assez critique sur les tendances actuelles de la médecine et des institutions sanitaires. Un généraliste lyonnais, par exemple, estime que l'on peut sérieusement s'interroger sur les liens entre la forte augmentation de l'usage des aérosols anti-asthmatiques et l'extrême tonicité des laboratoires pharmaceutiques pour vendre des produits qui ont été mis au point pour répondre « à l'air du temps » et aux symptomatologies qui s'expriment dans le cabinet des praticiens.

Plusieurs autres médecins, suite notamment à la manière dont les pouvoirs publics ont géré l'épidémie de grippe H1N1 et diverses autres « affaires » et aux informations erronées mises en ligne sur des sites gouvernementaux ont développé une très grande défiance à l'égard des agences sanitaires et des « discours officiels », tout particulièrement à propos des débats actuels sur les risques sanitaires environnementaux. Ces praticiens disent alors diversifier leurs sources d'information (ils vont sur les sites des grandes associations écologiques ou des associations d'usagers) et sont abonnés à la revue *Prescrire*, très critique vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique et de la désinformation qu'elle diffuse en continu, des conflits d'intérêts, de la gestion du système de santé par les pouvoirs publics¹⁴.

La sensibilité des médecins - qui sont aussi des citoyens - pour les questions environnementales et leur adhésion à des valeurs et conduites écologiques se retrouve, nous l'avons vu, chez près d'un médecin sur quatre parmi ceux rencontrés (et pas uniquement parmi les homéopathes). Quelques uns d'entre eux sont membres d'associations « écologiques », comme cette homéopathe de Chambéry, adhérente à Greenpeace, et à Sortir du nucléaire. Ces praticiens estiment que les pouvoirs publics devraient prendre beaucoup plus de mesures pour lutter contre la pollution.

Les quelques praticiens hospitaliers rencontrés sont pour leur part dans une position particulière. Ce sont des spécialistes (pneumologie, cancérologie) qui participent à des actions de recherche clinique ou épidémiologique portant sur des facteurs environnementaux pathogènes (pollution de l'air, pesticides et produits chimiques, environnement de travail dans l'industrie). A ce titre ils sont tout à la fois convaincus des dangers sanitaires environnementaux, et tenus à une certaine rigueur, voire une

¹⁴ La revue *Prescrire* est en France une revue totalement indépendante, sans publicité et reconnue pour la solidité de ses analyses et de ses dossiers. Elle bénéficie d'une importante audience dans le corps médical. Sur son site il est indiqué en exergue que la revue propose « un ensemble d'informations rigoureuses et fiables sur les traitements et les stratégies de soins, pour agir en connaissance de cause. *Prescrire* est financé par les abonnés. Ni subvention, ni publicité. Ni actionnaire, ni sponsor ». La revue *Médecine*, moins diffusée, est l'autre revue médicale française indépendante et sans publicité.

certaine réserve scientifico-méthodologique tout autant qu'institutionnelle (hospitalo-universitaire en l'occurrence). D'une manière générale, les travaux et publications des praticiens hospitaliers tiennent lieu de référence pour l'ensemble des autres médecins. Quelques médecins hospitaliers toutefois font activement valoir un profil de lanceur d'alerte et de dénonciateur des dangers sanitaires environnementaux¹⁵ (voir l'encadré sur les associations médicales de santé environnement, p 18).

Quelles possibilités d'intervention pour les médecins praticiens ?

Une majorité des médecins rencontrés a fait part de son impuissance à intervenir sur les facteurs environnementaux qu'ils estiment être à l'origine de symptômes et de pathologies diverses. Ils n'ont guère d'emprise sur les conditions de logement et de travail de leurs patients, ni sur les principales nuisances environnementales : pollution atmosphérique, produits chimiques, industrie alimentaire, bruit, etc. Chacun alors aménage son activité en procédant à un recentrage sélectif sur certaines questions. Dans cette optique nombreux sont ceux qui insistent sur les conseils qu'ils peuvent donner en matière d'alimentation et de mode de vie : faire du sport, marcher au quotidien, se détendre, avoir un rythme de vie régulier, etc. Un cardiologue de Lyon indique à ce propos : « *Je préfère intervenir là où je peux agir* ». Une homéopathe de Chambéry signale pour sa part « *Moi je ne traite pas l'environnement, je traite les symptômes* ». Ce mode d'intervention dans l'espace relationnel et clinique constitue en fait la réponse la plus répandue face aux préoccupations des patients, et des médecins eux-mêmes, en matière de santé environnement et de qualité de vie.

Le constat du décalage existant entre les fonctions de médecin censé prévenir et soigner et les possibilités d'action sur les causes des risques sanitaires liés à l'environnement est parfois vécu comme source d'insatisfaction professionnelle : « *L'environnement, c'est très important, mais à la réflexion, ce n'est peut-être pas au médecin de s'en occuper. Ou bien en travaillant au bureau d'hygiène de la ville. Quelque chose qui m'intéresserait beaucoup, c'est la santé et l'habitat, mais je ne vois pas comment ouvrir une activité professionnelle dans ce domaine* » (homéopathe, Marseille).

En contrepoint aux manques de connaissances sur bien des questions de santé environnementale, de nombreux praticiens, notamment parmi les généralistes et les homéopathes, construisent une certaine cohérence entre leur attention aux nuisances et leur activité effective. Ils s'attachent de manière sélective et privilégiée à un type de cause ou de trouble qu'ils estiment être particulièrement préoccupant aujourd'hui et qu'ils abordent fréquemment avec leurs patients. Une homéopathe de Marseille a ainsi « investi » la question des ondes électromagnétiques et donne des conseils à ses patients pour éviter ce type d'exposition (par exemple ne pas dormir dans une pièce située près d'un clocher, la plupart de ceux-ci hébergeant aujourd'hui une antenne relai). Un autre généraliste marseillais s'attache plus particulièrement à la qualité de l'air intérieur des logements et incite ses patients à être vigilants à cet égard (traiter les moisissures, aérer les pièces, éviter certains matériaux dans les chambres, etc). Il en est de même pour une allergologue lyonnaise qui préfère attirer l'attention de ses patients sur la pollution de l'air intérieur plutôt que sur celle extérieure. Un généraliste de Lyon estime pour sa part que le principal problème est celui de la baisse de la fertilité masculine qu'il relie à l'usage croissant des pesticides, et d'autres produits chimiques. Un généraliste chambérien s'intéresse plus particulièrement à l'augmentation des pathologies cancéreuses, tandis que deux de ses confrères (marseillais et lyonnais) se spécialisent de façon informelle sur les troubles de l'hypersensibilité électrique ou chimique¹⁶.

¹⁵ Tel est le cas notamment de Charles Sultan, professeur en endocrinologie pédiatrique au CHU de Montpellier, à propos des perturbateurs endocriniens que sont les pesticides et les engrais. Ceux-ci seraient à l'origine de nombreuses pathologies, malformations sexuelles à la naissance, dysfonctionnements pubertaires, etc.

¹⁶ L'hypersensibilité chimique multiple (HCM, ou MCS en anglais) est un syndrome inconnu ou mal connu des médecins mais reconnu au plan international et tendant à être de mieux en mieux documenté. Il en est de même pour l'hypersensibilité électrique. Certains estiment que ces troubles recouvrent en bonne partie ce qui était auparavant (et encore actuellement) qualifié de fibromyalgie.

Les propos suivants, tenus par un autre généraliste de Chambéry activement engagé dans la reconnaissance de la santé environnementale au sein du milieu médical, synthétisent de manière clairvoyante la situation qui prévaut actuellement : « *La majorité des médecins généralistes sont sensibles aux questions de santé environnement mais c'est très étranger à leur pratique, y compris la mienne* ». Il nous semble essentiel d'ajouter aussi que ces mêmes praticiens sont aujourd'hui en situation d'être professionnellement très occupés, et souvent surchargés, par la demande de soins tout venante¹⁷.

Les médecins en exercice n'ont pas reçu durant leurs études de formation en médecine et pathologies environnementales. Un jeune médecin généraliste marseillais indiquait : « *Là où j'ai fait mes études il y avait un module optionnel santé environnement. Mais je ne l'ai pas choisi. C'est comme pour tout, il y a tellement de choses importantes qu'il faut s'y intéresser pour s'y atteler* ». A Chambéry, deux médecins de la CNMSE (voir encadré p 18) ont organisé en 2010, en lien avec l'association départementale de formation médicale continue, une réunion sur le thème « Santé et environnement : rôle des facteurs environnementaux dans les pathologies chroniques »¹⁸. L'ASEF, principale association médicale en santé environnement (voir encadré p 18), s'est récemment engagée dans la mise en place d'un « stage de chargé(e) des missions scientifiques » en santé environnement¹⁹. D'une manière générale, la santé environnementale tend à être de plus en plus souvent programmée depuis quelques années en France au sein des cursus de formation initiale et complémentaire des facultés de médecine (et de pharmacie). Nous avons pu observer par ailleurs que le public des nombreux colloques ou congrès nationaux consacrés aux risques sanitaires environnementaux était en partie constitué de médecins praticiens, qui parfois relayaient l'information collectée à ces occasions dans leurs propres réseaux professionnels.

Trois catégories de praticiens plus particulièrement concernés

Trois groupes de praticiens se perçoivent, parmi ceux interviewés, comme particulièrement concernés et relativement bien outillés professionnellement pour intervenir sur les questions santé environnement : les allergologues, les pneumologues et les homéopathes²⁰. Les *allergologues* se définissent volontiers comme des « sentinelles de l'environnement ». Cette expression renvoie à leur organisation en réseau de surveillance clinique et épidémiologique relative tout particulièrement à la diffusion des pollens sur le territoire national. Cette surveillance, à laquelle contribue la plupart des allergologues, notamment ceux installés dans le Sud-Est de la France, passe par la mise en place de capteurs et l'exploitation en continu de la base de données du RNSA (Réseau National de Surveillance en Aérobiologie) où sont enregistrés les signalements des cas d'allergies diagnostiqués par ces praticiens²¹. D'autres bases de données sont également alimentées par tout un éventail de signalements relatifs aux allergies alimentaires ou à tout autre produit ou molécule. Les allergologues rencontrés ont

¹⁷ On pourrait faire l'hypothèse que, dans un contexte de démographie médicale pléthorique, et compte tenu par ailleurs de l'actualité des problématiques environnementales et sanitaires, les médecins, et leurs instances, investiraient plus activement le domaine de la santé et des pathologies environnementales.

¹⁸ Une vingtaine de médecins a assisté à cette soirée dont l'intervenant était un infirmier, consultant-formateur spécialisé en santé environnement.

¹⁹ Cette formation destinée à des personnes disposant d'une culture scientifique (Bac+5) débutera en Janvier 2012 et s'étalera sur 5 à 6 mois. Elle vise à maîtriser la réalisation d'une veille scientifique en santé environnementale, l'élaboration de dossiers scientifiques sur un sujet donné, la mise en place et l'interprétation d'études.

²⁰ D'autres catégories de médecins spécialistes se sentent spécifiquement concernés par ces problématiques, les gynécologues notamment (de par leurs fonctions dans le domaine de la santé reproductive).

²¹ Une allergologue de Chambéry nous a parlé des démarches entreprises auprès de la municipalité pour que soit installé dans la ville un capteur de pollens, en fonction maintenant depuis plusieurs années et placé sur le toit de l'hôpital. Relevées par un technicien hospitalier, les bandes sont analysées de manière centralisée à l'échelon national par un laboratoire spécialisé.

longuement parlé également de la pollution de l'air extérieur et intérieur. Parmi les différentes catégories de praticiens rencontrés ce sont en outre ceux qui sont apparus le plus souvent engagés dans des actions de prévention ou d'intervention en lien avec différents interlocuteurs dans les administrations et services techniques des collectivités locales et territoriales : cantines scolaires (pour la mise en place d'offre de repas spécifiques pour les enfants allergiques à certains aliments) ; information et conseil pour le choix des arbres et des espaces verts à planter dans la ville (afin de choisir des essences qui ne soient pas allergisantes) ; travail en liaison avec les associations régionales de surveillance de la qualité de l'air (ASQUA) ; appel fait aux services des conseillers médicaux en environnement intérieur (CMEI)²², lorsque ceux-ci existent à l'échelon local.

Les *pneumologues* pour leur part insistent sur le fait que le premier facteur environnemental à considérer est le tabac. Ces spécialistes sont également attentifs à l'environnement au travail et sont directement concernés par le dépistage et la prise en charge de plusieurs maladies professionnelles reconnues (travailleurs de l'amiante, de la chimie, mineurs, etc). La pollution atmosphérique, susceptible d'aggraver les symptômes en cas de pathologie préexistante, fait partie de leurs préoccupations (les cardiologues tiennent un discours analogue). Les pneumologues sont en outre les spécialistes de l'asthme dont la prévalence est en constante augmentation dans toutes les tranches d'âge. Les mécanismes de déclenchement de cette pathologie chronique sont fréquemment attribuables à des facteurs environnementaux (certains pneumologues, de même que des pédiatres, acquièrent une spécialisation en allergologie). Ce sont deux pneumologues strasbourgeois qui sont à l'origine de la création, en 1991 du métier de conseiller médical en environnement intérieur (voir note 22).

Les problématiques de santé environnement « parlent » aux *homéopathes* de façon particulière, et ce pour plusieurs raisons. Il convient de rappeler tout d'abord que les praticiens qui ont choisi cette orientation clinique et thérapeutique ont aussi choisi de s'inscrire dans une certaine hétérodoxie disciplinaire. Ils développent fréquemment une attitude plus ou moins critique à l'égard de la médecine conventionnelle, notamment à propos de ce qu'elle ne considère pas ou guère, par exemple tout ce qui dans l'environnement est estimé par eux néfaste ou toxique, même si ces appréciations ne sont pas validées par « la science », voire sont combattues par certains de ses représentants. Non sans lien avec ce positionnement, les médecins homéopathes ne se sentent pas tenus à une certaine réserve dans l'affichage de convictions professionnelles et citoyennes relevant de la mouvance écologiste. Enfin, leur patientèle se compose en bonne partie de personnes partageant des points de vue proches des leurs, et demandeuses d'une attention privilégiée à une approche à la fois personnalisée et globale, laquelle inclut l'environnement. Il n'est alors pas étonnant que les homéopathes, au sein de notre échantillon, se retrouvent largement représentés parmi les praticiens attentifs au système référentiel profane. Ils conseillent à leurs patients de consommer des produits sains ou si possible biologiques et estiment que les OGM, les nanotechnologies, les ondes électromagnétiques ou encore le paraben et les phtalates - facteurs faisant tous l'objet de controverses - sont porteurs de réels dangers pour la santé humaine.

²² « Le CMEI agit sur prescription médicale idéalement après un bilan allergologique. Il se rend au domicile du patient pour un audit de l'environnement intérieur, juge et fait les mesures nécessaires, donne les conseils de mise en œuvre d'éviction de l'allergène » (extrait de la page « La mission des CMEI » sur le site de la profession : <http://cmei.france.free.fr/mission.htm>). Quelques dizaines de CMEI sont aujourd'hui en activité en France. Une bonne partie d'entre eux sont des infirmiers/infirmières hospitaliers, d'autres sont employés par les services d'hygiène des collectivités locales. Ils ont tous obtenu leur qualification dans le cadre des cycles de formation mis en place à Strasbourg (5 semaines de formations complétées par un stage). Non remboursées par l'assurance maladie, leurs interventions souffrent aujourd'hui d'un déficit de soutien institutionnel. Leurs prescripteurs sont principalement les médecins pneumologues et allergologues, parfois les pédiatres, et l'indication première suscitant leur intervention est l'asthme. Le coût d'une intervention, pour les CMEI exerçant en libéral, est de 150 à 200 euros.

L'examen des interférences entre d'une part les attitudes des médecins à l'égard des risques sanitaires environnementaux, d'autre part le rapport de ces praticiens à leur discipline et l'état des savoirs révèle une grande diversité d'agencements. Outre la proximité au système référentiel profane versus le système référentiel professionnel, on repère une gradation de prises de position allant d'une extrême prudence et orthodoxie scientifique (ne pas croire plus que ce qui est scientifiquement validé, ne pas souscrire aux modes « écolo » ou « bio », etc) à une critique parfois vive des travers et des limites de l'académisme médical ainsi que de la gestion de la santé publique et du système de santé par les autorités sanitaires. On ne repère pas au sein de notre échantillon de variations dans les positionnements professionnels examinés qui pourraient être attribuables au sexe, à l'âge ou à l'ancienneté professionnelle.

I. 3 – Les médecins activement mobilisés sur la thématique santé environnement

Au sein de notre échantillon, huit praticiens n'ont pas été contactés au hasard mais en raison de leurs fonctions au sein d'associations médicales ou d'autres instances professionnelles ayant investi la thématique de la santé environnement (voir encadré p 18). Il s'agit de :

- deux membres de l'ASEP (Association Santé Environnement Provence), devenue en 2008 l'ASEF (Association Santé Environnement France) : un généraliste exerçant dans une commune proche de l'Etang de Berre et un chirurgien en orthopédie pédiatrique installé à Aix-en-Provence, membre fondateur de l'ASEP ;
- trois membres de la CNMSE (Confédération Nationale Médicale Santé Environnement) : deux généralistes installés dans la région de Chambéry, un autre, spécialiste d'écomédecine, exerçant à Paris ;
- un généraliste de l'association SERA (Santé Environnement Rhône-Alpes), installé à la périphérie de Lyon ;
- le responsable de la commission « Environnement et veille sanitaire » de l'URML PACA, généraliste installé près de Marseille ;
- un médecin oncologue et épidémiologiste en poste dans un centre de lutte contre le cancer à Lyon qui a développé un programme d'information en ligne « Cancer et environnement ». Ce médecin, non praticien, exerce des fonctions de chef de projet.

Les profils et les parcours de ces médecins - qui ont entre 45 et 65 ans, 3 femmes et 5 hommes - peuvent être situés sur un plan à deux axes se rapportant pour l'un à ce qui relève d'un positionnement d'ordre professionnel, pour l'autre à un positionnement d'ordre politique et citoyen. Deux profils type, rassemblant chacun quatre médecins, se dégagent de la répartition ainsi ordonnée de ces huit cas²³.

a/ On repère un premier ensemble, constitué de médecins mobilisés sur les questions de santé et de pathologies environnementales en référence principalement à des intérêts et à des stratégies d'ordre professionnel. Il s'agit pour ces médecins de reconfigurer, à un moment ou à un autre de leur parcours, leur identité professionnelle et leur manière de se définir dans le champ de la médecine.

Un premier généraliste de l'ASEF, âgé de 62 ans et installé dans une commune proche de l'Etang de Berre, a ainsi, depuis quelques années, investi dans la constitution de « dossiers » en santé environnementale : revue de la littérature, état des connaissances, attention particulière à certains cas cliniques rencontrés. Après s'être intéressé aux PCB, suite à la recherche par l'ASEP d'un médecin prêt à consacrer du temps à ce travail, il s'est penché sur les phénomènes d'hypersensibilité électrique et chimique. Ces investissements rejoignent pour lui une double préoccupation : d'une part

²³ Il est bien évident, vu le très petit nombre de cas considérés, que cette répartition ne correspond en rien à une méthodologie d'exploitation d'ordre statistique. Il s'agit plutôt d'un ordonnancement qui nous est apparu pertinent à l'issue de l'examen qualitatif des témoignages recueillis.

l'élaboration d'un « système de préférence²⁴ » renouvelé par l'acquisition d'une expertise scientifique et clinique dans un domaine de connaissances émergent ; d'autre part le souci de poser des jalons pour la mise en place d'une nouvelle activité - une consultation de médecine environnementale - qu'il envisage de développer une fois sa retraite prise.

Une autre généraliste de la CNMSE, installée à Paris, s'est de longue date construit un nom dans le domaine des médecines naturelles. Elle est l'auteur de plusieurs ouvrages et a créé le label d'écomédecine (qu'elle a fait breveter). Son engagement actif à la CNMSE lui permet de conforter ce positionnement et de donner une base institutionnelle élargie à son projet de « faire école » dans le domaine qui est le sien.

Un troisième généraliste de ce premier groupe, exerçant dans une commune proche de Marseille, a été à l'origine de la mise en place de la commission « Environnement et veille sanitaire » au sein de l'URML PACA. Il a par la suite également rejoint le bureau de l'ASEF. Pour ce praticien, il semble que l'on puisse dire que son engagement dans le domaine de la médecine environnementale est soutenu par un souhait plus général d'engagement dans des fonctions et une reconnaissance d'ordre institutionnel. Son parcours illustre à cet égard celui de nombreux autres praticiens souhaitant investir dans une activité délogée du travail quotidien de clinicien, pour construire les voies d'un « réenchâtement professionnel » (Bouchayer, 1994). D'autres, dans une dynamique analogue, investissent le secteur de l'humanitaire, ou de la syndicalisation professionnelle, ou des médecines différentes, etc.

Le quatrième médecin (une femme) rattaché à ce groupe présente un profil assez différent. En poste dans un centre lyonnais de lutte contre le cancer, elle assure des fonctions de recherche en épidémiologie. A la demande du médecin cancérologue directeur de ce centre, par ailleurs élu local et territorial, elle assure la direction d'un projet de mise en place d'un site Internet à destination des professionnels de santé et des usagers portant sur la thématique « Cancer et environnement », clairement situé du côté de la médecine des preuves (ce site a été ouvert en 2010). L'investissement dans ce projet lui a permis de prolonger, tout en la renouvelant, sa compétence en épidémiologie du cancer. Elle a ainsi été le maître d'œuvre d'un programme d'expertise appliquée dont les composantes institutionnelles sont en partie politiques.

b/ Le deuxième ensemble regroupe des médecins pour lesquels l'engagement dans le domaine santé environnement apparaît alimenté par un engagement d'ordre politique – antérieur, récent ou en projet. Ces médecins présentent, davantage que ceux de premier groupe, un profil de militant.

Un des médecins de ce second ensemble, chirurgien aixois et membre fondateur de l'ASEP, aujourd'hui au bureau de l'ASEF, est très activement mobilisé sur deux fronts : celui de l'interpellation des pouvoirs publics et des collectivités locales et territoriales et celui de l'information du grand public. Il est extrêmement présent dans la presse et les médias provençaux et régionaux (et parfois nationaux) où il apparaît comme un lanceur d'alerte et un défenseur des intérêts des consommateurs et des populations. Divers observateurs pensent que son engagement actuel porte un projet d'engagement politique, même si ce médecin militant s'en défend pour le moment²⁵.

²⁴ Les systèmes de préférences renvoient aux modes de construction personnalisée de leur métier par les professionnels de santé (voir Bouchayer, 2010).

²⁵ Parmi les deux autres membres fondateurs de l'ASEP, l'un, médecin cardiologue à Vitrolles a été élu en 2010 conseiller régional (EE-LV : Europe Ecologie-Les Verts). Pour l'autre, cancérologue aixois hétérodoxe (proche de « l'école » de David Servan-Schreiber), son engagement à l'ASEP semble pouvoir être lu comme relevant principalement d'une dynamique d'ordre professionnel. On note également qu'un des responsables de la FRAPNA (Fédération Rhône-Alpes pour la Protection de la Nature, grosse association adhérente à la Fédération nature environnement) a quitté en 2010 ses fonctions associatives pour se consacrer à celles d'élu régional (EE-LV). Ingénieur chimiste, il était le référent en santé environnement de cette fédération régionale d'associations .

Un autre médecin de ce groupe, généraliste près de Lyon, membre du bureau de SERA, se définit pour sa part comme un « écologiste radical ». Il est tout particulièrement mobilisé sur la question des ondes électromagnétiques et dans le combat contre les dispositifs de la téléphonie mobile. Il exprime et revendique une grande défiance à l'égard des institutions sanitaires et des politiques publiques dans le domaine de la santé environnement. Son engagement à l'association SERA apparaît largement alimenté par son militantisme écologiste, plus ancien.

Généraliste dans la région de Chambéry, le troisième médecin de ce groupe (une femme), membre du bureau de la CNMSE, a cessé d'exercer il y a plusieurs années pour se consacrer à ses fonctions de mère de famille nombreuse et d'élue régionale (Europe Ecologie-Les Verts). Elle cherche à mobiliser les instances et réseaux de médecins locaux sur la santé environnementale, par le biais de la formation permanente notamment.

Le quatrième médecin, proche du précédent et membre également de la CNMSE, exerce dans un bourg près de Chambéry. Il présente son engagement actuel dans le domaine de la santé environnementale comme étant en quelque sorte « de remplacement » suite à des déconvenues politiques (à Europe Ecologie-Les Verts). Il est aussi un militant de très longue date dans des mouvements chrétiens pour la paix. Il se définit comme un humaniste et un pacifiste, très sensible aux inégalités et aux injustices sociales. Agé de 65 ans et proche de la retraite, il entend consacrer à l'avenir une part de son temps libre à « la cause » de la santé environnementale. Il est également membre de deux autres associations dédiées à la santé environnementale et à la lutte contre les pollutions : l'ARTAC (voir encadré) et l'ACALP (Association Citoyenne Active de Lutte contre les Pollutions) créée en 2002 aux fins d'engager une action en justice dans l'affaire de l'incinérateur de Gilly-sur-Isère (proche de son lieu d'exercice).

La plupart de ces huit médecins développe une attitude assez ou très critique vis-à-vis de l'institution médicale et des administrations sanitaires. D'autres en revanche tiennent à faire valoir des positions plus orthodoxes (cas du médecin épidémiologiste de Lyon). D'une manière générale, le domaine des associations médicales en santé environnement apparaît non homogène, diverses lignes de tensions et parfois de clivage traversant le champ de l'hétérodoxie institutionnelle et médicale en la matière. L'affichage d'une ligne ouvertement critique à propos de la fabrication et de l'usage des vaccins, par exemple, a amené certains médecins à quitter une association, pour éventuellement en rejoindre une autre, plus modérée sur cette question.

Les mobiles de l'intéressement à la santé environnement des médecins engagés que nous avons rencontrés dépassent le strict univers de leur activité quotidienne de médecin praticien. Plus encore, nous pensons que cet engagement « fait sens » pour eux en ceci qu'il correspond à des projets et des positionnements professionnels et/ou politiques leur permettant de donner un nouveau souffle à leur métier en reconfigurant le champ d'expertise et les modalités d'inscription citoyenne. La montée en charge et le début de la structuration en France, ces dernières années, d'un espace professionnel dédié à la santé environnementale, et dont ils sont les acteurs, leur offre la possibilité de « prendre l'air » et de trouver une prise idoine à leurs engagements professionnels et citoyens.

Les diverses considérations, lignes de compréhension et amorces d'interprétation exposées à propos des quelques cas présentés ici mériteraient d'être prolongés et étayés par des investigations complémentaires. Nous faisons toutefois l'hypothèse qu'une étude plus systématique sur les médecins activement intéressés par la santé environnementale viendrait conforter la bipartition proposée ici, tout en permettant d'affiner la typologie interne à ces deux ensembles.

Encadré

Les associations médicales de santé environnement. Quelques éléments de repère.

La première décennie des années 2000 peut être considérée comme celle de l'émergence et de la structuration, en France, d'une mobilisation médicale dans le champ de la santé environnement. Les principales associations médicales françaises de ce domaine sont présentées ici par ordre de date de création.

AMIES, Association des Médecins Indépendants pour l'Environnement et la Santé Publique : il s'agit en quelque sorte de l'association pionnière puisque créée en 1997 dans le cadre de la mobilisation contre le projet d'incinérateur de Lunel-Viel près de Montpellier dans l'Hérault. Depuis la mise en fonction de l'incinérateur en 1999, l'AMIES maintient une veille sanitaire auprès des populations riveraines : dosages de dioxine dans le sang, suivi de la consommation d'antibiotiques et d'antihistaminiques notamment.

ARTAC, Association pour la Recherche Thérapeutique Anticancéreuse : créée en 2004 par le cancérologue Dominique Belpomme suite à l'appel de Paris relatif aux liens entre la pollution chimique et les maladies. Cette association met en avant son engagement dans la lutte contre le cancer par la promotion d'une prévention environnementale. En avril 2011 à l'issue du colloque qu'elle a organisé à Paris sur « La santé des enfants et l'environnement », ARTAC a proposé trois jours de cours intensifs de médecine environnementale auxquels ont participé 43 médecins et autres professionnels de santé. D. Belpomme a par ailleurs publié plusieurs ouvrages en direction du grand public (Belpomme, 2004, 2007).

ASEP, Association Santé Environnement Provence, créée en 2006, élargie en 2008 à l'ASEF, c'est-à-dire à la France. Les trois médecins fondateurs de l'ASEP ont réagi au départ au constat de l'augmentation des pathologies attribuables à un environnement dégradé, autour de l'Etang de Berre plus particulièrement. Ils ont d'emblée cherché à interpeller les pouvoirs publics et la population sur ces problématiques en étant très présents dans les médias locaux. L'ASEF se saisit désormais de thèmes généraux, susceptibles notamment de déboucher sur des conseils pratiques (mise en ligne de « petits guides verts » sur le bio-jardinage, bio-ménage, bio-bébé). L'association se présente aujourd'hui comme une fédération d'associations qui comporte quatre antennes régionales (Provence, Grand Ouest, Ile de France, Sud-Ouest) et « un soutien » (SERA, voir infra). L'ASEF compte en 2011 environ 2500 adhérents, pour la plupart médecins.

SERA, Santé Environnement Rhône-Alpes : créée en 2007 cette association regroupe des individus et divers collectifs associatifs engagés notamment dans la lutte contre les antennes relais, et des associations de malades (hypersensibilité chimique ou électrique). Si de nombreux médecins y sont adhérents, l'association est largement ouverte à d'autres professionnels de santé, à des scientifiques, à des citoyens. SERA est membre de la CNMSE et du RES (voir infra), et « soutient » l'ASEF.

CNMSE, Confédération Nationale Médicale en Santé Environnement : créée en 2008, suite à la mobilisation des médecins du Puy-de-Dôme contre le projet d'incinérateur de Clermont-Ferrand et aux alliances contractées avec d'autres collectifs de médecins mobilisés contre les pollutions. Elle est aujourd'hui une fédération d'associations qui accueille aussi des adhérents à titre individuel. La CNMSE est membre du RES (voir infra).

RES, Réseau Environnement Santé : créé en 2009, il fédère une trentaine d'associations ou de collectifs scientifiques « novateurs ». Certaines des associations médicales en santé environnement sont partenaires du réseau. Le RES se donne pour but d'agir pour peser sur les politiques publiques mais aussi sur les producteurs de risques. Son fondateur, André Cicollela, chercheur, ingénieur chimiste de formation, est un des chefs de file en France de la recherche scientifique « alternative » sur les risques sanitaires environnementaux. Il est l'auteur de plusieurs ouvrages grand public (Cicollela, 2007, Cicollela et Browaers, 2005). Au sujet de sa trajectoire de chercheur « dissident » on peut lire Jouzel, 2009.

Toutes ces associations sont plus ou moins ouvertes aux autres professionnels de santé et aux scientifiques. L'ouverture à tout citoyen intéressé par la santé environnement fait débat au sein de la plupart d'entre elles.

Certaines URML (Unions Régionales des Médecins Libéraux), devenues depuis la loi HPST de 2009 les URPS (élargies aux autres catégories de Professionnels de Santé) ont, à l'initiative de praticiens, créé des commissions santé et environnement. Tel est par exemple le cas de l'URML PACA (commission environnement et veille sanitaire). L'URML Rhône-Alpes, en collaboration avec ses partenaires institutionnels régionaux (DRASS, DDASS, puis ARS, CIRE, conseils départementaux de l'ordre des médecins) a développé un site « Santé

publique/crises sanitaires » principalement orienté vers la veille et l'information sur les maladies infectieuses et les épidémies (grippe, chikungunia, méningite, etc). L'URML de Haute-Normandie est pour sa part à l'origine du premier congrès national puis du premier congrès européen sur les pathologies environnementales qui se sont tenus à Rouen en 2005 et en 2009. Un des initiateurs de ces congrès est un médecin généraliste, homéopathe, acupuncteur et ostéopathe, membre du conseil scientifique du CRIIGEN*. Il est également l'auteur d'un ouvrage destiné aux professionnels de santé et au grand public (Spiroux, 2007).

Parallèlement, la plupart des nombreuses associations, fondations et réseaux nationaux dédiés à la défense de l'environnement (Greenpeace, WWF, FNE, Vivagora, Terra Nova, etc) ont développé un secteur environnement et santé. Certains médecins sont actifs dans ces instances.

* CRIIGEN : Comité de Recherche et d'Information Indépendant sur le Génie Génétique.

Que peut-on dire de la dimension territorialisée de ces formes de mobilisation médicale ? Nous proposons d'examiner cette question en la réinsérant dans une interrogation plus générale qui englobe les médecins praticiens tout venant dont nous avons précédemment parlé.

I. 4 - Les plans et les contours de « l'effet territoire »

Nous l'avons vu, le quartier et l'environnement urbain sont de diverses manières très présents dans les propos tenu par les médecins que nous avons rencontrés. Si les allergologues de Marseille ont évoqué les allergies dues aux cyprès, ceux de Lyon celles provoquées par l'ambrosie, si les généralistes de Veynissieux ont parlé du couloir de la chimie et de ses nuisances, une bonne partie des facteurs environnementaux évoqués ne sont pas vraiment spécifiques aux territoires étudiés. On songe notamment à la pollution atmosphérique et au bruit. Ces situations se retrouvent quasiment à l'identique dans d'autres milieux urbains et d'autres zones fortement industrialisées (au Havre, à Dunkerque, à Toulouse, en région parisienne, etc) ainsi que dans toutes les grandes villes. De nombreux autres risques sanitaires environnementaux sur lesquels les médecins interviewés ont fait part de leur avis ne sont, de même, pas spécifiques à tel ou tel espace : ondes électromagnétiques, nanotechnologies, produits chimiques, engrais et pesticides, pollution de l'air intérieur, etc. Autant de dangers dont la pertinence est intrinsèque à l'agent, au vecteur ou au processus en cause, et dont la localisation est dispersée, si ce n'est généralisée sur l'ensemble du territoire.

On constate en outre que seul un médecin chambérien a spontanément parlé de l'incinérateur de Gilly-sur-Isère - situé en Savoie, à 30 km de Chambéry, et qui a contaminé pendant des années plusieurs communes rurales de montagne (la « crise » a eu lieu en 2001-2002 et la procédure judiciaire engagée par les riverains suit son cours). Il en est de même à Marseille, où le projet d'incinérateur de la communauté urbaine avait suscité au milieu des années 2000 une vive polémique et mobilisation (cet incinérateur a été mis en fonction en 2009 à Fos-sur-Mer). Les médecins de Marseille n'ont pas davantage parlé des friches industrielles contaminées situées dans la ville ou à sa périphérie qui sont aujourd'hui des espaces habités avec jardins ou des espaces publics de loisir dont les médias locaux rendent régulièrement compte (contamination des sols par des métaux lourds ou des produits chimiques). Les praticiens marseillais n'ont pas non plus évoqué les problèmes bien réels et très médiatisés relatifs au ramassage des ordures, à la saleté de la ville (déchets divers, déjections canines), aux odeurs d'égouts quasi permanentes dans de multiples endroits, aux plages fermées pour cause de pollution dès qu'il pleut sur la ville ou à 70 km à la ronde - les égouts « débordent » par saturation des bassins de rétention. En revanche, les médecins marseillais, ainsi que ceux de Veynissieux, ont davantage parlé que ceux de Lyon ou de Chambéry des effets délétères, physiquement et moralement, des habitats dégradés et des situations de vie défavorisées et précaires. C'est à Marseille aussi que les médecins ont le plus exprimé leurs propres ressentis des nuisances urbaines.

Au final, l'effet territoire recherché par la méthodologie retenue pour cette recherche - mettre en regard trois sites urbains dans une perspective de repérage de spécificités et de différences liées à des phénomènes de pollution - n'apparaît pas fortement opérant au vu des témoignages recueillis auprès des médecins praticiens. Cet effet se retrouve principalement en ce qui concerne la distinction entre d'une part les deux grandes villes très polluées que sont Lyon et Marseille, d'autre part Chambéry, ville de taille moyenne, plus préservée à cet égard.

Ce résultat est à mettre en perspective avec celui de la recherche exploratoire que nous avons conduite en 2005 auprès de médecins de Marseille et de Fos-sur-Mer. La proximité à des équipements polluants et à risques paraissait être un facteur déterminant un plus grand degré de préoccupation de la part des médecins en matière d'effets sur la santé des environnements dégradés. Cependant, bien que relativement plus enclins que les praticiens marseillais à rechercher de l'information sur les risques sanitaires environnementaux, les médecins de Fos se disaient également mal informés et démunis pour se prononcer avec rigueur et discernement sur les dangers réels et sur les effets sanitaires de nombreux risques environnementaux. Aussi peut-on penser que les médecins - comme sans doute la plupart des riverains concernés par un problème local - apparaissent particulièrement sensibles aux questions de santé environnement dès lors qu'il existe des circonstances et des mobilisations locales. L'effet proximité à des installations à risque se doublerait donc d'un effet conjoncturel, lequel serait à considérer dans ses composantes temporelles. Le temps et la mobilisation passant, l'effet territoire s'estomperait.

Qu'en est-il en ce qui concerne les médecins activement mobilisés en santé environnement et qui se répartissent sur les trois sites urbains enquêtés ? La manière dont ces praticiens disent être, dans leur pratique effective, concernés par ces questions apparaît tout à fait intéressante à considérer. On observe en effet une disjonction entre la « spécialisation » de leur engagement et le peu de place qu'occupent dans leur pratique les troubles et pathologies relevant de la médecine environnementale. Un des généralistes de l'ASEP/ASEF, installé près de l'Etang de Berre, ne s'intéresse pas particulièrement aux problématiques locales. Le généraliste de la CNMSE installé près de Chambéry reconnaît qu'il se trouve très peu concerné dans sa pratique par des risques propres à la zone où il exerce ou par des plaintes de patients pouvant s'y rapporter. Installé depuis 35 ans dans le même bourg et frappé par l'augmentation du nombre de cancers il reconnaît son impuissance à être en mesure d'en repérer les causes. Ce praticien est le seul toutefois à avoir parlé de la contamination par l'incinérateur de Gilly-sur-Isère, ayant été à l'époque directement confronté à l'inquiétude de patientes enceintes ou allaitantes (son cabinet se trouve à mi chemin entre Chambéry et la zone contaminée).

Certes, le praticien aixois fondateur en 2006 de l'ASEP développe un discours de légitimation du projet associatif qu'il a lancé avec deux autres confrères en se référant aux préoccupations des patients vivant sur la périphérie de l'Etang de Berre ou à Aix-en-Provence et aux multiples questions que leur posent « les gens », les mères de famille en particulier. De même, le dossier phare de l'association, la pollution du Rhône par les PCB à Port Saint Louis, fonde l'ancrage territorialisé, en l'occurrence en Provence, de l'ASEP. On note aussi que cette association a rencontré rapidement un succès national auprès de médecins qui ont adhéré en nombre. Deux ans après sa création, l'association provençale est devenue nationale. L'ASEF fédère aujourd'hui quatre antennes régionales et se saisit de dossiers dont la plupart sont a-localisés au plan territorial, et présentés en référence à des problématiques familières à chacun, quel que soit son lieu de vie²⁶. Suivant un mouvement analogue, la mobilisation menée par

²⁶ Le site de l'association annonce ainsi ses rubriques thématiques : « mon enfant », « ma maison », « mon jardin », « ma ville », « mon eau », « mon téléphone », « ma planète », « problématiques émergentes ». Elle a mené diverses études et élaboré des dossiers sur des sujets divers : les jouets et le mobilier des chambres d'enfant, les ampoules basse consommation, l'aluminium dans les produits d'usage courant, etc. L'ASEF et ses antennes régionales organisent régulièrement des rencontres sur des thématiques diverses. Par exemple, l'ASEIF (Ile de France), à l'occasion de la journée des femmes, a organisé un forum « Femmes, santé, environnement » qui s'est tenu à l'Assemblée nationale.

les médecins du Puy-de-Dôme depuis 2006 contre le projet d'incinérateur de Clermont-Ferrand débouche en 2008 sur la création au plan national de la CNMSE.

De son côté l'association SERA (Santé Environnement Rhône-Alpes) semble davantage avoir pour fonction de rassembler sur des problématiques générales des médecins exerçant dans la région Rhônealpine plutôt que l'organisation d'une mobilisation axée sur des situations locales (même si tel est parfois et ponctuellement le cas). A l'inverse, d'autres associations médicales en santé environnement, qui se sont constituées en réaction à un « dossier » local, conservent dans le temps cet ancrage territorialisé, tout en se ramifiant de diverses manières aux associations nationales. Tel est le cas de l'AMIES (Association des Médecins Indépendants pour l'Environnement et la Santé Publique) créée en 1997 en réaction au projet d'implantation d'un incinérateur à Lunel-Viel dans l'Hérault, et qui poursuit son activité de veille sanitaire sur zone depuis la mise en fonction de l'incinérateur en 1999. Quant à l'observatoire communal pour la santé de Martigues, très axé sur les problématiques relatives à l'Etang de Berre et qui cherche à intéresser les médecins praticiens et du travail, il conserve de fait un fort ancrage local tout en établissant divers échanges avec les instances territoriales. Mais, à la différence des associations de médecins en santé environnement, cet observatoire s'inscrit dans le champ institutionnel des collectivités locales.

II – L'administration territoriale de la santé environnement et les médecins praticiens

Ce sont en tout premier lieu les services déconcentrés de l'Etat, en l'occurrence les DRASS et les DDASS qui, jusqu'en Avril 2010, assuraient les missions de surveillance sanitaire environnementale. Leurs fonctions ont été depuis redéployées dans les agences régionales de santé (ARS)²⁷. A l'échelon local, les grandes villes ont d'un service communal d'hygiène et de sécurité (SCHS) assurant, par dérogation (depuis les lois de décentralisation), une partie des fonctions régaliennes revenant plus exclusivement aux services de l'Etat dans les autres communes. Lyon, Marseille et Chambéry ont disposé de cette dérogation²⁸. Aux côtés de ces deux catégories d'administrations - déconcentrées et locales - de nombreux autres instances sont présentes, à différents titres, dans le secteur santé environnement : CIRE, ORS, conseils régionaux et généraux, intercommunalités. Au plan national, comme nous le signalions, plusieurs agences sanitaires, dont les fonctions sont largement en prise sur les questions environnementales, ont été créées dans la décennie écoulée²⁹. Celle la plus concernée par la santé environnement est l'AFSSET, dont la fusion en 2010 avec l'AFSSA débouche sur la création de l'ANSES (voir note 3).

Nous ne nous engagerons pas ici dans une présentation d'ensemble de ce domaine complexe, que nos propres investigations nous amènent à qualifier de consistant et structuré tout autant que de non stabilisé et traversé par plusieurs lignes de tension. Nous avons plutôt souhaité faire ressortir la diversité des dossiers suivis et des formes d'expertise mobilisées par les administrations en charge de la santé environnement dans les villes, les départements et les régions, en l'illustrant par des exemples issus de nos trois terrains. En prolongement à ce que nous avons développé à propos des médecins praticiens, nous présentons ce volet de notre recherche en référence principalement aux acteurs en charge de la santé environnementale. Qui sont-ils ? Qu'en est-il de leur expertise, de leurs fonctions,

²⁷ Les ARS constituent une pièce maîtresse de la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) du 21 Janvier 2009 réformant l'hôpital et le système de santé en France. Pour une présentation générale des ARS, on peut se référer notamment à *La revue adsp*, 2009.

²⁸ 207 communes en France disposent de cette dérogation. Quasiment toutes les grandes villes et les villes de taille moyenne en font partie. Les missions concernées par ces dérogations se rapportent au contrôle de l'eau, de l'air, des sols, des aliments de restauration, de l'habitat insalubre, aux vaccinations. Le SCHS de Lyon se nomme « Direction de l'écologie urbaine », celui de Marseille « Direction de la santé publique », celui de Chambéry « Service environnement et santé publique ».

²⁹ Au sujet des agences sanitaires voir Benamouzig et Besançon, 2005.

de leurs modes d'intervention? En quoi sont-ils amenés, ou non, à échanger avec les médecins praticiens ?

Nous avons mené des entretiens auprès de 29 personnes, 11 à Lyon, 10 à Marseille et 8 à Chambéry. Il s'agit d'ingénieurs de génie ou d'études sanitaires (IGS/IGE)³⁰, d'épidémiologistes et de médecins inspecteurs de santé publique (MISP)³¹ en poste dans les DRASS, les DDASS ou les CIRE ; de chercheurs, le plus souvent médecins épidémiologistes, en fonction dans les Observatoires Régionaux de Santé (ORS)³² ; de médecins de collectivité territoriale³³ travaillant dans les SCHS ou les conseils généraux. Les médecins représentent plus du tiers de cet ensemble (11 sur 29). A premier abord, ce groupe d'acteurs n'apparaît donc pas comme fondamentalement disjoint de celui des médecins praticiens. Or il s'agit bien là d'un autre monde, celui de l'administration sanitaire et de la santé publique, assurant des missions spécifiques, fort éloignées de celles de la pratique clinique. Tous ces acteurs s'occupent en effet de la santé des populations en référence à un appareil administratif et réglementaire polymorphe adossé à un ensemble de savoirs et de normes au sein duquel la discipline médicale ne représente qu'une composante.

De quelques circuits de signalement

Un épisode rapporté par un MISP chargé de la veille sanitaire dans une DDASS illustre à sa manière le système d'acteurs et d'expertise en présence. Ce médecin départemental avait récemment reçu un appel téléphonique d'un généraliste lui faisant part d'une série de cinq cas de cancer rare de l'enfant constatés dans la petite ville où il exerce, sur une période de quinze ans. Ce MISP avait demandé quelques précisions complémentaires puis avait aussitôt contacté le responsable de la CIRE de sa région (un épidémiologiste). Celui-ci avait à son tour discuté avec ses collègues, contacté sa tutelle (l'InVS), enfin rappelé le médecin départemental. Il n'y avait dans le cas présent pas matière à engager des investigations complémentaires, du fait notamment de la période de quinze années sur laquelle ces cas avaient été constatés (la situation aurait été estimée différemment si la durée d'inscription dans le temps de cette série de cas de cancer avait été sensiblement plus resserrée). Mon interlocuteur commente ainsi cet épisode : « *Les médecins s'inquiètent parfois et nous contactent lorsque quelque chose leur paraît suspect. Et nous on dispose heureusement de l'expertise de la CIRE, ils sont une aide précieuse pour nous. J'ai rappelé ce médecin en lui expliquant pourquoi il n'y avait pas de suites à donner* ».

Un autre exemple, relaté par un médecin allergologue de Lyon, se rapporte au cas d'un enfant allergique aux arachides, dont la mère était parfaitement au courant des produits à éviter. Cet enfant fait un jour une allergie grave après avoir consommé une nouvelle marque de flocons de céréales. Il doit être pris en charge aux urgences pédiatriques. L'urgence passée, la mère amène au médecin

³⁰ Il existe deux corps d'ingénieurs sanitaires, recrutés sur concours et formés à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique à Rennes (EHESP) sur la base d'une compétence préalable (Bac + 4) : les ingénieurs d'études sanitaires (IEG), au nombre d'environ 330 et les ingénieurs de génie sanitaire (IGS) qui sont environ 250. De nombreux IGS sont à l'origine des ingénieurs agronomes, chimistes, des Eaux et Forêts, etc. Dans la suite de ce texte nous désignerons par IS (ingénieur sanitaire) ces deux groupes professionnels.

³¹ Formés à l'EHESP, les MISP sont recrutés par concours interne ou externe. Ils sont un peu moins de 600 en activité. Voir Bénévise et Lopez 2006 ; Schweyer et Campéon, 2008.

³² Les ORS ont pour mission la réalisation d'études en santé publique, la tenue de tableaux de bord, la constitution de dossiers divers. En partie soutenus par les conseils régionaux et par le ministère de la santé, les ORS assurent aussi leur financement grâce à des contrats avec les collectivités locales, notamment pour l'élaboration de « diagnostic locaux de santé ». Certains, comme l'ORS d'Ile de France ou l'ORS Rhône-Alpes ont développé une orientation en santé environnement.

³³ Les médecins territoriaux sont recrutés sur concours et formés à l'INET (Institut national des études territoriales) et à l'EHESP. Ils sont environ 9300, un tiers d'entre eux travaillant dans les grandes villes (SCHS), et deux tiers dans les conseils généraux, principalement dans les services de protection maternelle et infantile (PMI), et, de plus en plus, dans la coordination du suivi des personnes âgées/personnes handicapés.

allergologue habituel l'emballage du sachet incriminé où la composition du produit, fabriqué en Allemagne, est indiquée dans plusieurs langues. Ce médecin constate que la traduction française est erronée (arachide est traduit par « noix »). Il contacte alors le directeur du laboratoire d'hygiène de la ville de Lyon, qu'il connaît bien, lequel répond « ça m'intéresse, je transmets à l'AFSSA ». Six mois plus tard, l'enquête n'a toujours pas abouti. Cet allergologue ajoute : « *Ce qu'il faut savoir, c'est que par ailleurs on a téléphoné au magasin et le produit a été retiré. Donc si on passe par l'AFSSA, c'est extrêmement lourd, il y a les rapports avec les industriels, etc. Nous, ce qu'on fait souvent, c'est téléphoner directement, ou écrire, moi j'écris souvent au service consommateur du distributeur ou du fabricant, c'est plus efficace* ».

D'une manière générale, les médecins en fonction dans les administrations sanitaires sont les interlocuteurs que les médecins praticiens contactent lorsqu'ils souhaitent faire un signalement.

Médecins inspecteurs de santé publique (MISP) et ingénieurs sanitaires (IS)

En matière de santé environnement, les médecins en fonction dans les administrations sanitaires d'Etat (les MISP) s'occupent, parmi de nombreuses autres questions, des situations pour lesquelles des troubles ou des pathologies pouvant être liées à l'environnement se manifestent effectivement³⁴. A cet égard, les problèmes le plus souvent traités par les MISP sont ceux relatifs à l'habitat insalubre (saturnisme), aux intoxications au monoxyde de carbone (chauffage à combustion défectueux) ou encore aux TIAC (toxi-infection alimentaire collective). Par ailleurs, les MISP sont fréquemment nommés par le préfet pour représenter l'administration sanitaire dans les Conseils départementaux de l'environnement et des risques technologiques (CODERST)³⁵.

Ce qui se rapporte aux facteurs potentiels ou déclarés de risque sanitaire environnemental (c'est à dire les causes) relève plus spécifiquement du domaine des ingénieurs sanitaires, qu'il s'agisse d'interventions de routine ou déclenchées à partir d'un signalement (pollution de l'eau, des sols, des bâtiments, etc). Dans le champ de l'administration sanitaire d'Etat, les IS sont les seuls spécialistes dédiés à la santé environnement. Si les IS et les MISP sont amenés à se coordonner sur certains dossiers, par exemple pour la mise en œuvre des Plan régionaux santé environnement (PRSE, voir infra), les entretiens menés auprès des uns et des autres montrent que ces coordinations s'opèrent le plus souvent a minima. Chacun de ces groupes professionnels a ses référentiels, ses compétences propres, son univers. Les méthodes d'étude et d'évaluation familières aux uns et aux autres en constituent un terrain d'expression. Tandis que les MISP se réfèrent préférentiellement aux approches épidémiologiques ou apparentées, la méthode de référence pour les IS, notamment dans les dossiers d'étude d'impact sanitaire (implantations industrielles ou autres sources de pollution) est l'évaluation des risques sanitaires (ERS)³⁶. Un IS d'une DRASS commente « *Vous savez, l'épidémiologie, c'est presque un gros mot pour nous* », tandis qu'un IS d'une DDASS souligne d'emblée « *Les médecins, y compris de santé publique, je ne les sens pas sur la santé environnement. Non que ça ne les intéresse pas, mais je crois que ça leur fait un peu peur, ils ont peu de connaissances là dessus, ils ne sont pas*

³⁴ Il convient de préciser que les MISP ne consacrent qu'une part minoritaire de leur activité à la santé environnement. Leurs fonctions se rapportent en effet bien à d'autres questions : veille sanitaire (orientée en infectiologie), coordinations et partenariats multiples, études, statistiques, évaluation, contrôle des établissements de santé et médico-sociaux, prévention et soins (addictions, accès aux soins, suicides, etc), gestion de crise, planification, représentation de l'Etat dans diverses instances territoriales, etc (voir Bénévise et Lopez, 2006 ; Scheweyer et Campéon, 2008).

³⁵ Les CODERST sont des instances consultatives où siègent également des représentants des collectivités territoriales et des associations agréées.

³⁶ L'évaluation des risques sanitaires (ERS) est une méthode développée pour définir et évaluer les effets sur la santé d'une exposition d'individus ou de populations à des matériaux ou à des situations dangereuses en utilisant les faits scientifiques disponibles et en recourant à une modélisation mathématique. L'ERS a eu une place déterminante dans la reconnaissance politique des effets sanitaires de la pollution atmosphérique (Boutaric et Lascombes, 2008 ; Boutaric, 2010).

formés. La démarche d'ERS par exemple, je pense que très peu savent que ça existe et en quoi ça consiste ».

Au sein des services déconcentrés (et maintenant des ARS), les IS sont en fonction dans les départements en charge de la santé environnement, au sein desquels les MISP sont rarement en poste. Les IS ont pour leur part peu de contact avec les médecins praticiens, et réciproquement.

Des études ciblées et des démarches à visée fédératrice

Tandis que les échelons départementaux de l'administration sanitaire déconcentrée ont pour fonction l'intervention de terrain en réponse aux situations particulières qui peuvent se présenter, les échelons régionaux sont davantage orientés vers la coordination inter et intra régionale et vers la réalisation d'études. Parmi celles initiées par les services santé environnement (ou par les CIRE) dans les deux régions investiguées on peut mentionner :

- « Etude sur la pollution de l'air intérieur : mesure du formaldéhyde dans écoles maternelles et les crèches en Rhône-Alpes », 2007, DRASS Rhône-Alpes (en liaison avec les associations régionales de surveillance de la qualité de l'air). Ce travail, initié « à froid » a donné lieu à un retour d'information auprès du personnel des établissements accueillant des enfants, des médecins de PMI ainsi que des parents.

- « Qualité de l'air et santé : 3 zones 'à la loupe'. Etude de 85 polluants atmosphériques en Rhône-Alpes », 2009, DRASS Rhône-Alpes (en liaison avec les associations régionales de surveillance de la qualité de l'air). Les trois zones étudiées sont fortement industrialisées : le Sud lyonnais (« couloir de la chimie », Rhône), le Sud grenoblois (Isère) et la zone du Péage du Roussillon (Drôme). La restitution des résultats de cette étude s'est faite principalement auprès des industriels et des collectivités territoriales.

- « Pollution atmosphérique et hospitalisations pour pathologies cardio-vasculaires et respiratoires, et pour cancers dans le secteur de l'Etang de Berre, 2004-2007 », 2011, CIRE Sud/InVS. Cette étude s'inscrit dans un contexte de mobilisation citoyenne, dont celle portée par l'ASEP/ASEF (voir encadré), mais aussi par la communauté des communes Ouest Provence et par de nombreuses autres associations. Deux médecins praticiens ont fait partie du comité technique de cette étude (un généraliste membre de l'ASEF et un pneumologue hospitalier) ainsi qu'un représentant d'un collectif citoyen. Cette étude met en avant un excès de risques d'infarctus du myocarde chez les femmes et les hommes des communes les plus polluées et de leucémie aiguë chez les hommes. Elle suggère dans ses conclusions de : « sensibiliser les médecins du secteur de l'Etang de Berre sur l'importance de la prévention des maladies cardio-vasculaires », et de « sensibiliser les médecins et les médecins du travail aux risques cancérigènes liés à l'exposition professionnelle ».

Les IS et les MISP sont également chargés, depuis 2004-2005, de la *mise en œuvre des Plan Régionaux Santé Environnement (PRSE)*. Issus du Grenelle de l'environnement, ces plans quinquennaux nationaux, déclinés en plan régionaux (le 2^{ème} couvre la période 2009-2013), donnent lieu à une consultation publique et permettent le financement de projets divers, comportant le plus souvent un volet étude associé à un volet action³⁷. Là encore, les médecins praticiens sont très peu présents, ce dispositif étant en fait plutôt destiné à redéployer des fonds publics auprès d'interlocuteurs administratifs, territoriaux ou associatifs. Le dépôt et la réalisation de projets PRSE nécessitent en

³⁷ L'ARS Paca, en complément aux projets PRSE déjà sélectionnés lors de sa mise place en avril 2010, a décidé de lancer en 2011 un nouvel appel à projets « Santé Environnement » à destination des porteurs du PRSE PACA. Les porteurs de projets, en conformité avec l'architecture du Grenelle, sont regroupés en cinq collèges : représentants de l'Etat, des agences et des établissements publics ; représentants des collectivités territoriales ; représentants des associations ; représentants des salariés ; représentants des employeurs et du monde économique. A ceci peuvent s'ajouter « des personnes qualifiées ».

Les trois enjeux structurants retenus par le PRSE2 PACA sont l'eau, l'air, les connaissances. En Rhône-Alpes, les ateliers mis en place lors de la phase préparatoire du plan portaient sur l'habitat, l'eau, les zones surexposées.

outre de disposer de moyens financiers et en ressources humaines, ce qui maintient aux marges de ces opérations concertées une bonne partie du monde associatif. On note toutefois que le PRSE2 de PACA soutient, au sein de l'axe « Améliorer la connaissance en santé environnement » , un projet soumis par les deux praticiens de l'URML responsables de la commission « Environnement et veille sanitaire » (un généraliste et un cancérologue hospitalier). Intitulé « Médecine libérale et émergence de risques environnementaux (MELIERE) », ce projet vise à « géo-localiser des cancers atypiques évoquant une exposition de type environnementale ('cancers sentinelles') et si possible à caractériser les circonstances étiologiques associées : histoire familiale, professions, lieu et habitudes de vie ». Les PRSE 1 (2005-2009) des deux régions étudiées avaient inscrit parmi les mesures qu'il serait souhaitable de mettre en œuvre le développement de la formation initiale et continue des médecins et des autres professionnels de santé.

Quasiment aucun des médecins praticiens rencontrés n'était au courant des PRSE de sa région et guère davantage du PNSE dans son principe. Seuls ceux mobilisés au plan associatif en connaissaient l'existence, certains d'entre eux exprimant leur défiance vis-à-vis de ces « usines à gaz dont l'administration a le secret », d'autres constatant qu'ils n'avaient jamais été convoqués à la concertation alors qu'ils en avaient fait la demande.

A l'échelon des collectivités locales et territoriales

Les médecins territoriaux sont très présents dans les fonctions d'encadrement des SCHS de Marseille et de Lyon tandis que le SCHS de Chambéry n'en comporte aucun³⁸. Ils paraissent être ceux qui ont relativement le plus d'occasions d'échange avec les médecins praticiens. Le secteur de la petite enfance paraît propice à cet égard : travail avec les allergologues, les généralistes ou les pédiatres pour la mise en place de projets d'accueil individuel en milieu scolaire pour les enfants ayant des allergies alimentaires ou d'autres pathologies chroniques ; signalement par les médecins praticiens de logements insalubres, etc. Mais cela reste marginal dans leur activité qui demeure principalement axée sur les questions d'insalubrité, de contrôle des eaux et des aliments de restauration, le service de vaccination, leur participation à divers comités, etc. Certains médecins des SCHS souhaiteraient initier davantage d'échanges avec les praticiens libéraux, perçus comme susceptibles de faire remonter de l'information et de relayer leur action dans tel ou tel domaine, en particulier en direction des populations migrantes ou défavorisées. Les Ateliers Santé Ville (ASV)³⁹ initiés par les municipalités à partir du cadre défini par le ministère en charge de la ville peuvent servir de support à des actions conduites avec les professionnels de santé exerçant dans les « quartiers prioritaires ». Il en est de même pour le réseau français des Villes-Santé (RFVS) de l'OMS⁴⁰ dont font partie Marseille et Lyon. C'est dans ce cadre que les élus lyonnais se sont engagés dans l'élaboration d'une chartre relative à l'implantation des relais radiotéléphoniques, en lien avec les opérateurs. Signalons aussi que l'association « Elus, Santé Publique et Territoires », créée en 2005 et rassemblant des élus municipaux, se penche sur les questions de santé environnementale⁴¹.

³⁸ On peut penser qu'il s'agit d'un choix politique municipal.

³⁹ Les Ateliers santé ville (ASV), qui constituent un des volets des contrats de ville, ont été impulsés en 2000 conjointement par la Délégation interministérielle à la ville, la Direction générale de la santé et la Direction générale de l'action sociale dans un souci de réduction des inégalités de santé. Ils visent notamment à couvrir les quartiers prioritaires de projets locaux de santé publique et à rendre effectif l'accès à la prévention et aux soins des populations de ces quartiers. Les villes de Marseille et de Lyon se sont engagées dans la mise en œuvre d'ASV. La réflexion menée dans ce cadre sur l'habitat dégradé rejoint d'une certaine manière des préoccupations de santé environnement.

⁴⁰ Créé en 1989, le RFVS de l'OMS compte une soixantaine de villes adhérentes. La convention signée en 2008 entre le réseau et la direction générale de la santé retient sept thématiques, qui ne se rapportent pas directement à la santé environnement (prévention bucco-dentaire, lutte contre le surpoids, santé des immigrés vieillissants, etc).

⁴¹ Sur la question générale du rapport des élus à la santé publique (et à la santé environnement), voir Clavier, 2009.

Bien que n'ayant pas de compétences officielles en matière de santé environnement, *les conseils généraux et régionaux* souhaitent pour la plupart faire valoir une présence politique et une expertise dans ce domaine. Les transports collectifs, qui relèvent de leur champ d'intervention, constituent ainsi une voie d'accès à ces problématiques. Les médecins en poste dans ces collectivités territoriales sont pour leur part incités à se préoccuper de santé environnementale sur la base des missions qui sont les leurs dans les secteurs notamment de l'enfance et de la famille, du logement ou des populations en difficulté (insertion sociale et professionnelle). Le médecin responsable de la petite enfance au conseil général du Rhône a ainsi organisé en 2008 à Lyon, en direction des personnels des établissements accueillant des enfants, une « Journée prévention environnement petite enfance »⁴².

Au final, il apparaît que les échanges entre les acteurs et instances en charge de la santé environnement et les médecins praticiens sont assez ténus et ne s'inscrivent pas dans des rapports structurels et institutionnalisés. Ils se limitent souvent à des relations au cas par cas, déclenchées par un problème ponctuel. Cette situation prévaut également si l'on considère les instances représentatives de la profession médicale (conseil de l'ordre et URML)⁴³. Les médecins praticiens ne sont guère concernés par la mise en œuvre des PRSE, lesquels sont principalement orientés vers les administrations déconcentrées, les collectivités locales et certains pans du monde associatif. Le seul espace de la profession médicale qui, d'après nos investigations, semble être en relation relativement régulière avec les administrations sanitaires, municipales en particulier, est celui des allergologues et de leurs représentants. Les échanges se rapportent dans ce cas aux cantines scolaires (allergies alimentaires), à la gestion des espaces verts en ville (essences allergisantes), à la surveillance de la qualité de l'air (présence d'allergologues dans les conseils d'administration des ASQUA). Il convient également de rappeler qu'en Rhône-Alpes, la mise en place par l'URML, en 2010, d'un site dédié à la santé publique et aux crises sanitaires a donné lieu en amont à un important travail d'élaboration associant les diverses administrations sanitaires.

Ce constat général est à mettre en perspective avec deux séries de considérations d'ordre structurel. D'une part, comme nous le rappelions, les médecins praticiens, aux plans tant cognitif que pratique, sont largement occupés par la prise en charge d'une vaste palette de troubles relevant de causalités diverses parmi lesquelles les facteurs environnementaux n'occupent le plus souvent pas le devant de la scène et sont difficilement cernables. Ces praticiens disposent en outre de possibilités d'action limitées, leur principal registre d'intervention dans ce domaine se rapportant aux conseils de prévention. A cela s'ajoute leur manque de formation et d'informations dans le domaine de la santé et des pathologies environnementales. D'autre part, la profession médicale, attachée à son autonomie, a fortiori pour les praticiens exerçant dans le secteur libéral, entretient historiquement des rapports tendus et souvent conflictuels avec l'Etat et la puissance publique. Les lignes et les enjeux de ces distanciations sont-elles susceptibles d'évoluer ? Les acteurs des administrations en charge des questions santé environnement que nous avons rencontrés ont fréquemment fait part de leur souhait de voir se développer davantage d'échanges avec les médecins praticiens.

⁴² La journée était présentée à l'invitation du président du conseil général et de la vice-présidente chargée de la famille, de l'enfance et de la jeunesse. La quinzaine d'intervenants étaient des experts - parmi lesquels plusieurs médecins - en fonction dans les services de la ville, du département, de la préfecture, des associations de surveillance de la qualité de l'air, de l'hygiène hospitalière, de la compagnie des eaux.

⁴³ En cas de crise sanitaire d'ampleur locale ou nationale (circonstances qui n'ont pas fait l'objet de notre recherche) un certain nombre d'informations ou d'indications émanant des administrations déconcentrées sont envoyées aux médecins praticiens et à leurs instances. Dans ces situations les interlocuteurs médicaux privilégiés de l'administration sont les médecins spécialistes hospitaliers, en tant qu'expert de pathologies ou de risques particuliers. Les médecins libéraux peuvent aussi être concernés par les plans d'urgence déclenchés par les préfets lors d'une catastrophe ou d'une alerte sanitaire (plan ORSEC, etc). Un des généraliste interviewé, par ailleurs médecin du service de santé des pompiers de son département (le SDIS), a évoqué cet aspect de ses fonctions.

La santé environnement : un paysage traversé par des tensions et des différends doctrinaux, institutionnels et politiques

Le domaine administré de la santé environnement n'échappe pas aux dysfonctionnements et aux frictions, désormais bien documentés, entre les divers échelons territoriaux ainsi qu'entre services déconcentrés et services décentralisés. En Rhône-Alpes par exemple, le premier PRSE (2005-2009) a donné lieu à deux « plans », l'un émanant de l'ORS, soutenu par le conseil régional, l'autre de la DRASS. Il est vrai qu'il s'agissait d'une démarche nouvelle, engagée de manière un peu bousculée à l'issu du Grenelle de l'environnement. Des divergences de point de vue - là encore très « classiques » - se repèrent également entre les services techniques des municipalités (les SCHS) et les élus, les premiers regrettant que les seconds soient parfois plus soucieux de communication politique que de rigueur dans l'appréhension des réalités sanitaires environnementales. Mais les tensions les plus manifestes se situent en fait, sur les terrains étudiés, au sein même des administrations de l'Etat, entre les services relevant du ministère en charge de la santé (les DRASS et les DDASS, puis les ARS et leurs délégations départementales) et les services relevant du ministère de l'environnement et de l'industrie (les DRIRE, devenues les DREAL⁴⁴ en 2010). Il est vrai que nos investigations sont intervenues là encore sur une période marquée par les réformes de la RGPP⁴⁵ et de la loi HPST instituant les ARS. La santé environnement a dans ce contexte fait l'objet alors d'un intérêt renouvelé de la part des DRIRE/DREAL, en charge de longue date du domaine connexe de la prévention des risques industriels et technologiques. A cette occasion, les IS ne se sont pas toujours sentis suffisamment soutenus par leur tutelle ministérielle⁴⁶. En outre, les IS et les MISP sont placés sous la tutelle des directeurs d'administration déconcentrée, lesquels ont pour tutelle directe les préfets. Les tensions ou divergences de point de vue entre les personnels experts dans tel ou tel domaine et le registre plus politique des décisions prises au niveau hiérarchique se retrouvent aussi à cet échelon⁴⁷.

Le registre de considérations qui paraît le plus pertinent à prendre en compte, dans la démarche qui est la nôtre, renvoie en fait à la partition, que l'on peut situer schématiquement en deux « camps », des points de vue, des positionnements, des méthodes, des savoirs, des approches dans le champ de la santé environnement. Nous en faisons ici une présentation très synthétique (une présentation plus détaillée et développée viendrait bien sûr complexifier cette approche, mais non l'invalider). On repère aisément les acteurs et instances attachés aux orthodoxies médico-scientifiques et institutionnelles d'une part, de l'autre ceux qui, tout en s'y référant, développent des argumentaires critiques et des propositions « alternatives ». Ce quasi clivage traverse de manière tout à fait manifeste les témoignages recueillis auprès de médecins praticiens comme auprès des « administratifs », et les investigations complémentaires que nous avons menées en vue d'une connaissance générale du domaine de la santé environnement viennent conforter ce diagnostic.

Tout d'abord, les relations entre les administrations sanitaires territoriales et locales et les associations de défense de l'environnement sont marquées par une grande défiance et un discrédit réciproques. Certes, certaines grandes fédérations, souvent pionnières et préexistantes à la mouvance écologiste actuelle, sont tout à fait appréciées par les administrations et ont elles-mêmes stabilisé leurs positionnements et stratégies de plaidoyer. Les administrations disposent ainsi d'interlocuteurs pour remplir la mission qui leur est aujourd'hui impartie de dialoguer avec la société civile. Mais la situation est sensiblement différente pour la plupart des autres associations, qu'elles soient nationales ou locales, fréquemment perçues comme disposant d'une expertise en santé environnement faible ou

⁴⁴ DRIRE : Direction Régionale de l'Industrie et de la Recherche. DREAL : Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement du territoire et du Logement.

⁴⁵ RGPP : Révision générale des politiques publiques, ayant notamment débouché sur une reconfiguration d'ensemble des services déconcentrés.

⁴⁶ Les administrations ayant le plus de poids dans le domaine des risques industriels et technologiques sont celles des ministères en charge l'industrie, de l'agriculture et de l'aménagement du territoire, qui disposent de leurs propres corps d'ingénieurs d'Etat. Les ministères en charge de l'environnement et de la santé ne pèsent que d'un poids tout relatif dans ce domaine.

⁴⁷ De nombreux exemples ont été évoqués à cet égard lors de nos investigations (une fois l'enregistreur arrêté).

illégitime (car non orthodoxe), comme campées dans des postures revendicatives, parfois agressives. Parallèlement, les acteurs du secteur associatif regrettent de n'être pas entendus, d'être déconsidérés, ou de se retrouver « emballés » dans des « parodies de concertation »⁴⁸.

Les lignes de tension sont également doctrinales. Coexistent aux côtés du monde de l'expertise et de la recherche scientifiques « académiques » divers espaces d'expertise et d'argumentaires que l'on peut qualifier de non conventionnels ou d'alternatifs. Comme les premiers, les seconds fondent leur propos sur des données scientifiques (la science est vaste et toujours en débat), mais ils adoptent des positions critiques à l'égard du monde scientifique établi et s'inscrivent dans des réseaux institutionnels « parallèles ». Ainsi la création, en Mars 2009, du Réseau Environnement Santé (RES) par un chercheur critique à l'égard des milieux scientifiques établis et des pouvoirs publics a été suivie quelques mois plus tard par la création de la Société Française de Santé Environnement (SFSE) nettement positionnée du côté de l'orthodoxie institutionnelle et scientifique et en phase avec les orientations des politiques publiques⁴⁹.

Les clivages sont donc également d'ordre politique. La mobilisation autour de l'Etang de Berre en constitue un parfait exemple. Des élus proches de l'UMP ont récemment mis en place une association visant à tempérer les discours alarmistes relatifs à la pollution tenus par les associations citoyennes et de riverains et par des élus de l'intercommunalité Ouest Provence (située à gauche). D'une manière générale le positionnement des différents acteurs en présence dépend de leur proximité ou de leur distanciation avec les acteurs forts du champ des risques environnementaux que sont les industriels et les opérateurs.

Ce contexte clivé et mouvementé est en partie alimenté par la nature des faits et des réalités en question. La validation des chaînages de causes et d'effets en matière d'incidences sur la santé des facteurs environnementaux est souvent très délicate à établir. Les agents sont multiples, le plus souvent associés, et les pathologies incriminées très diversifiées. La gamme des « cocktails » à considérer, de même que les notions de dose-réponse, de seuil et de normes ou encore de processus pathogénique alimentent des questionnements à l'infini. La nature et la complexité des phénomènes à évaluer, le manque de connaissances et les incertitudes entretiennent les controverses et débouchent sur des positions difficilement conciliables (Allard et coll, 2008). Une partie de ces clivages et de ces débats se rapporte aux manières de mobiliser les disciplines et les méthodologies. Plusieurs réseaux de militants et de scientifiques développent une réflexion dans ce sens (le RES notamment, voir encadré) et sont engagés dans la construction d'un « nouveau regard », de « nouvelles voies », on pourrait dire d'un nouveau paradigme (Khun, 1970/2008). En accompagnement à ces débats on repère deux ordres de postures politiques (au sens large du terme) : d'une part ceux qui estiment qu'il convient en premier

⁴⁸ De nombreuses recherches monographiques relatives notamment aux dynamiques de mobilisation et de concertation autour des implantations industrielles à risques analysent le caractère asymétrique des rapports de pouvoir à l'œuvre. Ceux-ci jouent nettement en faveur des représentants des industriels, des aménageurs et de l'Etat. « La voix » des populations riveraines et les associations locales, lorsqu'elle est en mesure de s'exprimer - et d'être entendue - reste le plus souvent de portée mineure. Les élus pour leur part ont tendance à se ranger aux arguments des experts ou des industriels qui sont aussi des acteurs du développement économique local (voir par exemple : Coanus et coll., 2010 ; Le Naour, 2008 ; Salomon, 2003 ; Zwatek, 2010). A l'heure où nous écrivons ces lignes, le monde associatif de l'environnement (et de la santé environnement) réagit vivement au décret paru au JO du 13 Juillet 2011 relatif aux règles de représentativité et d'agrément pour la participation aux débats et aux consultations sur les politiques d'environnement et de développement durable. Les associations demandent le retrait de ce texte qui, selon elles, fait obstacle à un fonctionnement réellement démocratique et donne la possibilité aux services de l'Etat d'exclure de la concertation, de façon discrétionnaire, les associations qui ne conviendraient pas (voir à ce sujet les sites, par exemple, du RES ou de la CNMSE).

⁴⁹ Dès sa création la SFSE a fait alliance avec la revue « *Environnement, Risques & Santé* », lancée quelques années plus tôt (on retrouve les mêmes personnes dans les deux instances), qui devient sa (une) publication officielle. Cette revue constitue une référence dans les administrations sanitaires et le monde académique alors qu'elle tend à être déconsidérée par les militants associatifs.

lieu de faire progresser les connaissances pour pouvoir décider sans précipitation, avec clairvoyance et discernement, d'autre part ceux qui estiment que l'on ne peut pas attendre d'avoir fait toute la lumière sur tel ou tel phénomène pour agir (à propos des perturbateurs endocriniens notamment : engrais, pesticides, etc)⁵⁰.

Les médecins praticiens, nous l'avons vu, se positionnent diversement vis-à-vis de l'orthodoxie médico-scientifique. Mais ils ne disposent pas de l'expertise nécessaire pour se prononcer sur les débats scientifiques et méthodologiques actuels (qu'ils connaissent en fait mal, à l'exception des praticiens hospitaliers engagés eux-mêmes dans des opérations de recherche). Les médecins mobilisés que nous avons rencontrés cherchent pour leur part à acquérir une certaine expertise sur ces questions. Ils semblent toutefois qu'ils soient souvent mal à l'aise lorsqu'ils sont sollicités pour participer à des comités mis en place par les administrations sanitaires - par exemple à propos d'études locales sur des risques sanitaires environnementaux. Ces praticiens ont alors le sentiment de servir d'alibi à des démarches dont ils ne maîtrisent pas le déroulement ni les aboutissements et dans lesquelles ils ont peu de poids pour peser sur les choix méthodologiques opérés. Ces médecins ont en outre peu confiance, d'une manière générale dans la capacité des administrations sanitaires à construire une expertise en santé environnementale véritablement indépendante et dégagée de toute pression directe ou indirecte⁵¹. Les formes de légitimation mises en avant par les médecins mobilisés font toutefois largement appel aux données scientifiques validées pour fonder une argumentation ou un plaidoyer. Les dossiers qu'ils élaborent et mettent en ligne sur leurs sites associatifs respectifs illustrent abondamment cette orientation. La spécificité de ces dossiers et de leurs argumentaires réside dans les liens de cause à effet établis entre d'une part des mesures de contaminants et d'exposition, de l'autre des pathologies observées parmi les populations exposées (par exemple entre la pollution de l'air en ville et l'augmentation des troubles respiratoires et ORL chez les enfants). C'est précisément à propos de cette corrélation que les représentants du monde académique font valoir le chaînon manquant, en terme de connaissance et de preuve, interdisant de se prononcer sur des liens de cause à effet. L'autre grand registre sur lequel se fondent les formes de légitimation recherchées par ces médecins se rapporte à la valorisation des inquiétudes dont les patients leur font part et à la recherche d'alliance avec les populations et le grand public, eux-mêmes sensibilisés par de nombreux canaux aux problématiques de santé environnementale.

III – Professions, expertise et mobilisations. Etat de la question et discussion

Les publications françaises émanant des acteurs de la recherche en santé et pathologies environnementales - médecins hospitalo-universitaires, épidémiologistes, écotoxicologues, etc - forment un corpus important et en voie de développement accéléré depuis une dizaine d'années⁵². Pour un parcours découverte de ce domaine et de sa diversité, le lecteur peut se référer notamment à Dab (2010), Gerin et coll. (2003), Spiroux (2007), Zmirou (2000). En toute logique, les médecins praticiens tout venant apparaissent assez peu présents dans cette littérature, même lorsqu'elle est orientée vers les (ou « traduite » en direction des) acteurs de la santé publique. A cet égard on peut citer les quelques lignes du *Que sais-je* « Santé et environnement » dans lesquelles W. Dab, médecin épidémiologiste et ancien directeur général de la Santé, évoque la situation de ces médecins :

⁵⁰ Tandis que les premiers sont très critiques à l'égard du principe de précaution, les seconds réclament une amélioration et une diversification de sa mise en application.

⁵¹ Un de ces médecins avait par exemple été très choqué par les conclusions d'une étude épidémiologique menée il y a quelques années par l'InVS sur un cluster dans une école maternelle (suite à une série de cas de cancer chez des enfants). Bien que l'étude ait montré qu'il existait un excès de risque, ses conclusions avaient été rabattues sur le fait qu'on ne pouvait pas se prononcer sur le lien avec une pollution environnementale locale, par ailleurs avérée, car il pouvait s'agir d'un « aléa statistique » (notion effectivement reconnue dans la théorie statistique et en épidémiologie).

⁵² Ce domaine de recherche s'inscrit en outre largement au plan international.

« Pour les médecins, en particulier, l'enjeu est d'importance. Ils doivent, pour dépasser un certain sentiment d'impuissance, se familiariser avec les nouvelles méthodes d'évaluation des risques, prendre en compte les interactions entre le social et l'écologique, apprendre à s'insérer dans des programmes d'action comme celui développé pour faire face aux canicules et d'une certaine façon pratiquer une nouvelle clinique : celle des risques, de la balance bénéfique risque qui est déjà à l'œuvre dans le domaine de la prescription médicamenteuse. La médecine du XXI^e siècle sera une médecine des risques. [...] A l'heure d'Internet, l'asymétrie d'information s'atténue, les patients deviennent leurs propres experts, leurs associations sont devenues des acteurs majeurs de santé publique. Les médecins sont souvent démunis face aux questions de santé environnementale. C'est tout l'enjeu d'une spécialisation en médecine de l'environnement telle qu'elle existe en Allemagne ou au Royaume-Uni et que le Conseil national de l'ordre des médecins appelle de ses vœux » (Dab, 2010, pp119-120).

Cette citation pointe les multiples enjeux relatifs à la conversion des médecins praticiens à la médecine environnementale : le regard clinique, les savoirs, les méthodes, les modes de socialisation professionnelle, les relations aux patients. Nous reviendrons plus loin et en conclusion sur cette question, déjà abordée sous plusieurs angles dans la partie consacrée aux médecins praticiens.

Deux études récentes sur les médecins et les risques sanitaires environnementaux

Au sein de la masse de documents et de publications traités pour cette recherche, nous n'avons repéré que deux publications portant précisément sur les rapports des médecins aux risques sanitaires environnementaux. Il s'agit de deux études, conduites l'une par des sociologues, à la demande l'URML de Haute Normandie (Dupont et Suriré, 2005), l'autre par des consultants en santé publique (Roux et coll., 2009).

L'étude de Haute Normandie « Médecine libérale et pathologies environnementales » a procédé par l'envoi d'un questionnaire aux médecins généralistes et spécialistes installés dans la région⁵³. Elle visait à évaluer l'intérêt et les connaissances de ces praticiens dans ce domaine. Ses conclusions rejoignent celles de notre approche qualitative en ceci qu'elles soulignent le déficit de formation et d'information des médecins en matière de santé environnement ainsi que leur embarras face aux questions de leurs patients. On retrouve également dans cette étude le meilleur degré de familiarité avec ces problématiques de certains spécialistes et de ceux pratiquant l'homéopathie (et l'acupuncture). A l'instar de ce que nous avons repéré dans notre étude exploratoire conduite à Marseille et à Fos-sur-Mer (Bouchayer et coll., 2005), la proximité à des installations à risques tend à accroître le degré de préoccupation des médecins sur les pathologies associées à des environnements dégradés (cas des médecins de la zone industrielle du Havre). L'étude fait valoir également la dimension hybride de ces préoccupations qui s'expriment sur des registres tant professionnel que citoyen. En conclusion, les auteurs, se réclamant de la posture du « catastrophisme éclairé » développée par J-P. Dupuy (2002), soulignent « *le risque d'augmentation incontrôlée de pathologies environnementales lié à l'incapacité de la médecine moderne face à l'inédit de l'époque. [...] Une époque où, pour reprendre les propos d'Hannah Arendt, " le progrès et la catastrophe sont l'avers et l'envers d'une même médaille "* » (Dupont et Suriré, p 42).

L'autre publication porte sur les points de vue des médecins face aux risques liés à l'incinération d'ordures ménagères dans un environnement proche (Roux et coll., 2009). Conduite en 2008, elle a permis de comparer les connaissances et les perceptions de praticiens généralistes et spécialistes de l'agglomération clermontoise d'une part, riverains d'un projet d'incinérateur contre lequel une forte mobilisation s'organise depuis deux ans⁵⁴, d'autre part ceux de la région de Chambéry, riverains d'un incinérateur fonctionnant depuis longtemps sans signalement particulier. Une première phase de

⁵³ 307 questionnaires ont été exploités pour cette enquête. Le taux de réponse a été de 11,5%.

⁵⁴ Rappelons que la mobilisation des médecins du Puy-de-Dôme contre le projet d'incinérateur de Clermont-Ferrand a été à l'origine de la création de la CNMSE, en 2008 (voir encadré p 18).

l'étude, menée par questionnaire⁵⁵, révèle que la perception du risque sanitaire apparaît contextuelle, 53% des médecins clermontois estimant ce risque élevé, contre 19% des chambériens. Lors d'une seconde phase, des entretiens téléphoniques ont été menés auprès de médecins de Clermont-Ferrand par des confrères spécialement formés sur la question de l'incinération et de ses risques. Les conclusions d'un rapport officiel sur l'absence de danger des incinérateurs de seconde génération leur étaient alors présentées. Les auteurs soulignent un double résultat amené par cette seconde phase de l'étude. Tout d'abord, elle a confirmé la défiance des médecins à l'égard de l'énoncé par les autorités administratives d'une absence de danger. En second lieu elle a permis de montrer que le pourcentage des médecins se déclarant opposés au projet d'incinérateur clermontois a sensiblement diminué (passant de 62% lors de la première phase à 30% après la seconde phase). Les auteurs attribuent cette évolution aux effets du « dialogue entre confrères s'appuyant sur des arguments scientifiques ». En fin d'article il est indiqué : « Financement : société Novergie - Conflit d'intérêt : aucun »⁵⁶. Nous ne commenterons pas davantage cette étude, si ce n'est qu'elle nous paraît tout à fait illustrative des biais méthodologiques et interprétatifs attribuables à la configuration en tension du champ des risques sanitaires environnementaux (voir plus haut la présentation de ce champ).

Historiens d'aujourd'hui, médecins et dangers environnementaux d'autrefois

De nombreuses recherches historiques ont été consacrées aux objets et aux problématiques qui nous intéressent ici. Nous en proposons une présentation synthétique en les regroupant en trois ensembles. On peut évoquer tout d'abord les travaux d'histoire de la médecine et de ses grands courants. Les médecins apparaissent diversement mis en scène dans cette (ces) histoire(s), en lien avec les contextes sociaux, culturels et politiques des époques étudiées. Les recherches se rapportant au mouvement hygiéniste, tout particulièrement intéressantes pour nous, situent ces praticiens aux côtés de divers autres groupes d'acteurs : notables, philanthropes, maires et représentants de l'Etat, ingénieurs, etc (Barles, 1999 ; Bourdelais, 2001 ; Guillaume, 1996 ; Jorland, 2010 ; Leonard, 1981). Certains auteurs mettent plus spécifiquement l'accent sur la diversité interne du champ de la médecine. P. Pinell distingue ainsi l'espace de la médecine clinique, celui de la médecine sociale (qui comprend l'hygiénisme) et l'espace des « sciences accessoires » - pharmacie, sciences naturelles, sciences fondamentales (Pinell, 2009 ; voir aussi Lambert, 2004). L'approche de la médecine comme discipline plurielle se retrouve chez d'autres auteurs qui s'attachent, à propos de la période contemporaine, à l'analyse de la diversité des « valeurs explicatives » de la science médicale et de ses disciplines associées : épidémiologie, génétique, cytologie, etc (Lemoine, 2011). Le travail phare de T.S. Khun sur la structure des révolutions scientifiques offre pour sa part une perspective d'ordre épistémologique pour appréhender les mutations de la médecine qui peut être très éclairante pour tenter de comprendre les controverses de la période actuelle (Khun, 1970/2008). D'une manière générale, les matériaux exposés et les raisonnements développés dans tous ces travaux peuvent être exploités pour penser les situations d'aujourd'hui relatives aux médecins et à la santé environnementale. Ils tiennent lieu, d'une certaine manière, d'aide au discernement, à la compréhension et à la relativisation dans une actualité effervescente et en tension, nous l'avons vu.

Un deuxième ensemble de recherches historiques, qui semble avoir le vent en poupe, sans doute en lien avec le souffle environnementaliste qui parcourt notre début de XXI^e siècle, concerne ce que l'on nomme « les débordements industriels ». De nombreux travaux monographiques et d'autres plus transversaux s'attachent dans cette veine à documenter les conflits entre acteurs concernés à divers titres par les nuisances provenant d'installations industrielles, au XIX^e siècle et au début du XX^e siècle (Daumalin, 2006 ; Massard-Guilbaud, 2010). Riverains, administrateurs, élus et autres personnages politiques, médecins et experts, entrepreneurs et pollueurs, mobilisations, enquêtes,

⁵⁵ 126 questionnaires traités ; taux de réponse : 10,6%.

⁵⁶ La société Novergie est un opérateur d'incinération d'ordures ménagères. C'est cette société qui exploitait l'incinérateur de Gilly-sur-Isère, jusqu'à sa fermeture pour contamination massive à la dioxine de l'environnement habité et rural (voir Salomon, 2003).

recours, conflits, négociations, arbitrages et décisions, quasiment tous les acteurs et éléments des scénarios qui nous sont contemporains, et qui semblent propres à notre modernité d'aujourd'hui, ont en fait déjà abondamment existé et interagi. Une mise en regard plus précise des ressemblances et des différences entre époques pourrait être précieuse, là encore, pour éclairer la place (les places) qu'occupent (ou n'occupent guère) les médecins dans le champ des risques sanitaires liés aux pollutions et au sein des jeux d'acteurs afférents.

Les recherches consacrées à l'alerte et à la construction des problèmes de santé publique forment le troisième ensemble de travaux historiques. Une partie d'entre elles porte sur des problématiques tout à fait actuelles ou émergentes : amiante, saturnisme infantile, éthers de glycol, déchets nucléaires, bruit, antennes relais, etc (Chateauraynaud F., Torny D., 1999 ; Dourlens, 2003 ; Gilbert et Henry, 2009). La rare et faible présence des médecins praticiens - et de la dimension sanitaire - dans la plupart de ces dossiers et affaires tend à conforter ce qui est ressorti de nos propres investigations. Le même constat peut être fait à propos des travaux menés autour de C. Gilbert à la fin des années 1990 et au début des années 2000 sur la thématique des risques collectifs et situations de crise (Gilbert, 2002). En fait, les acteurs porteurs d'une cause comme ceux amenés à la gérer appartiennent largement à d'autres mondes sociaux que ceux des médecins, de la médecine, et même de la santé publique : on trouve d'un côté les partenaires sociaux, les associations, les collectifs ad hoc (de travailleurs, de riverains), les scientifiques alternatifs et engagés, de l'autre les administrations du travail, de l'industrie, de l'agriculture, les élus, les chercheurs et experts plus académiques. En contrepoint à ce peu de présence des médecins dans la plupart de ces situations, et dans les travaux qui en rendent compte, on peut évoquer le texte où D. Fassin (2003) s'appuie sur les extraits de deux publications médicales parues dans la *Revue de pédiatrie* (en 1987 et 1989) pour reconstituer l'histoire du saturnisme infantile. Un de ces auteurs est un jeune pédiatre praticien hospitalier, les deux autres co-auteurs étant un médecin de la Protection maternelle et infantile et un médecin biologiste du Laboratoire d'hygiène de la ville de Paris. D. Fassin souligne que le regard porté par le chercheur en sciences sociales sur ce type d'écrit renseigne sur les transformations des connaissances, mais aussi sur les transformations du regard que portent les médecins sur les réalités sociales et sanitaires.

Identités, trajectoires et formes d'engagement des médecins

Il est toutefois une catégorie de médecins dont les fonctions sont fortement en prise avec les dangers pour la santé émanant de l'environnement : les médecins du travail. Leur activité combine un suivi individualisé des personnes, une interdiction de prescription et de soins (ce ne sont donc pas des médecins praticiens, au sens usuel du terme) et un rattachement à un univers étranger à celui la médecine, celui de l'entreprise et du travail. Au sein du corps médical ce sont eux qui détiennent l'expertise la plus poussée sur les polluants et sur l'ensemble des autres risques chimiques ou physiques. Une frange de ce groupe professionnel se mobilise activement sur les questions de santé environnement travail. Les médecins du travail ont fait l'objet d'un intérêt renouvelé de la part de la recherche en sciences sociales suite aux programmes de recherche santé-environnement-travail lancés ces dernières années (Marichalar, 2010 ; Pitti, 2010). De son côté le travail de N. Dodier (1993) sur les processus de construction de l'expertise médicale par les médecins du travail apporte des éclairages circonstanciés sur les composantes cognitives, humaines et institutionnelles de l'appréciation de situations cliniques contextualisées.

Par ailleurs, de récents travaux en sociologie des professions et de l'engagement professionnel ouvrent sur diverses pistes de compréhension pour ce qui concerne l'intéressement des médecins praticiens aux problématiques de santé environnement (Champy et Israel, 2009). Leurs auteurs mettent en avant le fait que les insatisfactions et tensions au sein d'un groupe professionnel peuvent tenir lieu de facteurs de mobilisation (Champy, 2009 et 2011). On voit bien en quoi ces analyses peuvent s'appliquer aux médecins du travail, segment professionnel peu valorisé et situé au carrefour de missions paradoxales (l'intérêt du travailleur versus celui de l'employeur - l'employeur du travailleur étant en outre souvent le même que celui du médecin). Notre propre analyse du rapport des médecins praticiens aux problématiques de santé environnementale peut également être approchée dans cette perspective. Nous avons en outre dans nos propres recherches sur les métiers du soin largement

développé la question des difficultés de ces métiers (inhérentes à leur nature et conjoncturelles), de la nécessité d'aménager des voies de réenchantement et d'élaborer des systèmes de préférences pour en assurer la « tenabilité » (Bouchayer, 1994 et 2010). Comme nous le signalions à propos des praticiens activement mobilisés (voir I.3), l'engagement vers la santé environnementale peut tenir lieu de voie de rééquilibrage, d'ouverture sur des espaces plus préservés des tensions ou insatisfactions habituelles, de pistes de dégagement, de manières de « prendre l'air ». Il s'agit là d'un des apports originaux de notre regard sur le sujet traité.

Il convient à ce stade de l'analyse de spécifier les différents registres de l'engagement professionnel - ce qui peut tout à fait servir aussi à éclairer l'approche de l'absence d'engagement, attitude dont nous avons vu qu'elle était le fait d'une majorité des praticiens rencontrés. On peut à ce sujet distinguer le registre cognitivo-scientifique, les registres professionnel et institutionnel (en référence aux positions dans le champ de la médecine, de la santé et de ses instances) et ceux citoyen et politique. Le matériau livré par M-O. Deplaud (2009) dans son travail sur la construction politique des « besoins de santé » apparaît tout à fait révélateur de l'enfouissement par le cadre institutionnel d'exercice de la plurivocité des réflexions et des avis des acteurs, en l'occurrence des médecins en poste dans l'administration sanitaire. Les travaux en sciences sociales sur l'engagement et les mobilisations professionnelles semblent connaître aujourd'hui un regain d'intérêt (Benamouzig, 2009 ; Roussel, 2009 ; Sawichi et Siméant, 2009). Pour une approche générale de la sociologie de l'engagement on peut de référer utilement à H. S. Becker (1960/2006).

L'action publique et les mobilisations dans le champ santé environnement

Il s'agit là d'un autre pan de recherches assez abondamment alimenté depuis une dizaine d'années. Une partie de ces travaux concerne les agences sanitaires, les dispositifs dédiés, les administrations et les politiques publiques (Benamouzig et Besançon, 2005 ; Borraz, 2008 ; Boutaric et Lascombes, 2008 ; Buton, 2006 ; Chauvier, 2007 ; Clavier, 2009 ; Prete, 2008 ; Torny, 2007). Ces travaux s'intéressent de diverses manières aux médecins non praticiens en poste dans ces instances. Ces dernières ont d'ailleurs représenté un espace d'insertion en cours de parcours professionnel pour certains groupes de médecins (en particulier les anciens coopérants ou humanitaires). Un autre pan de recherche correspond à des travaux d'ordre monographique, et donc de cadrage territorialisé, mettant en scène une situation locale posant problème, les mobilisations qui s'expriment, les systèmes d'acteurs en jeu (voir par exemple Akrich et coll., 2010 ; Hassenteufel et coll., 1998 ; Le Naour, 2008 ; Salomon, 2003 ; Zwaterook, 2010). Les travaux de la mouvance « risques collectifs et situations de crise » évoqués plus haut relèvent de cet ensemble. La réflexion engagée par T. Le Bianic et A. Vion (2008) sur l'action publique et les légitimités professionnelles apparaît de son côté particulièrement précieuse pour penser conjointement les évolutions des politiques publiques dans différents secteurs (santé et environnement notamment) et les rapports des groupes professionnels à leur savoirs, leurs missions, leurs appartenances et tutelles institutionnelles. Là encore, cet angle d'approche apparaît tout à fait adaptée à l'analyse de ce qui se joue dans le champ de la santé environnement, notamment en ce qui concerne les acteurs en charge de ces questions aux différents échelons territoriaux (voir II). Une lecture transversale de ces travaux vient conforter le fait que ces scènes de l'action publique et des mobilisations dans le champ de la santé environnement ne sont pas fréquentées par les médecins praticiens tout venant. On y retrouve parfois, mais plutôt rarement en fait, des médecins activement mobilisés sur ces questions.

Une cartographie répertoriant, au plan national, les sites à problèmes⁵⁷, ceux où une mobilisation citoyenne s'exprime et ceux donnant lieu à des investigations de recherche en sciences sociales pourrait apporter divers enseignements sur ce domaine d'action et de production de connaissance. Où observe-t-on, et où n'observe-t-on pas, une superposition de deux ou trois de ces dimensions ? Qu'est-

⁵⁷ Les bases de données BASIAS et BASOL des ministères en charge de l'industrie et de l'environnement établissent une cartographie des sites pollués et des anciennes implantations industrielles : <http://basol.ecologie.gouv.fr/> et <http://basias.brgm.fr>.

ce qui permettrait de comprendre les résultats ainsi obtenus ? Dans la perspective qui est la notre, on pourrait signaler sur cette cartographie les quelques territoires et lieux où des médecins praticiens se sont mobilisés.

Inégalités sociales de santé et inégalités sociales environnementales (ou écologiques)

Pour terminer cet état de la question référé aux recherches relatives à la santé environnementale et aux médecins, et en écho aux propos tenus par les praticiens que nous avons rencontrés, on peut évoquer les travaux portant sur les *inégalités sociales de santé* (Leclerc et coll., 2000). Une partie importante d'entre eux se fonde sur une approche socio-géographique et aborde la thématique de la santé environnement (Aïach et Bauman, 2006 ; Chauvier, 2007 ; Salem et Rican, 2004 ; Trugeon et coll., 2010). Récemment, a émergé un domaine de réflexion portant sur les *inégalités sociales écologiques* qui reformule et remet en perspective les notions de cadre et de qualité de vie. On parle aussi à ce propos de *justice, d'équité ou d'inégalités environnementales*. Le plus souvent toutefois ces approches ne se saisissent pas explicitement de la question de l'exposition sanitaire au risque et surtout de celle des inégalités sociales de santé (*Développement durable et territoires*, 2007 ; Laurent 2009). La problématique des inégalités écologiques (ou de l'équité environnementale) s'inscrit dans le domaine de l'environnement et du développement durable, et ne rejoint que très modérément celui de la santé au plan de la construction des champs de la recherche en sciences sociales, en France notamment. Les contours et les espaces de ces phénomènes bien connus de cloisonnement thématique et sectoriel de la recherche sont, en la circonstance, susceptibles d'être reconfigurés. Ainsi, en 2006, l'AFSSET a publié une note problématique fort intéressante « Inégalités et vulnérabilités » qui livre des éléments de repère sur les travaux engagés aux plans international et européen sur la composante environnementale des inégalités sanitaires (AFSSET, 2006). On pourrait dire aussi, la composante sanitaire des inégalités environnementales...

Conclusion

Les attitudes des médecins - libéraux, généralistes et spécialistes, installés dans les agglomérations de Marseille, de Lyon et de Chambéry - à l'égard des risques sanitaires environnementaux ont été examinées en référence à deux principaux registres de considération. Celui relatif au rapport de ces praticiens à leurs territoires d'exercice et à leur patientèle, celui de leur rapport à la médecine et à ses savoirs. Le premier registre débouche sur l'examen de l'attention clinique portée aux points de vue et aux plaintes des patients sur leurs modes de vie et sur les facteurs environnementaux néfastes pour la santé, le second sur l'analyse du positionnement des praticiens vis-à-vis de l'orthodoxie médico-scientifique (la médecine des preuves et la science académique). A cet égard, on repère une gradation d'attitudes allant d'une grande prudence professionnelle et scientifique (ne se référer qu'à ce qui est scientifiquement validé, apprécier avec discernement ce que disent et pensent les patients, ne pas souscrire aux modes « écolo » ou « bio », etc) à une critique parfois vive des travers et des limites de l'académisme médical ainsi que de la gestion de la santé publique par les autorités sanitaires. Si une majorité des praticiens rencontrés ne se sent pas réellement concernée dans sa pratique par les problématiques de santé environnementale, beaucoup par contre se sont montrés très concernés par les problématiques sociales relatives aux difficultés de vie, au stress, à l'habitat dégradé, aux conditions de travail et au chômage. S'agissant des phénomènes de pollution divers et de leurs incidences en termes de troubles et de maladies, trois catégories de praticiens apparaissent plus particulièrement concernés et outillés pour les prendre en charge : les allergologues, les pneumologues et les homéopathes. D'une manière générale, les médecins s'attachent à donner des conseils d'hygiène de vie et de prévention (alimentation, activité physique, détente, etc). Ce mode de présence dans l'espace relationnel et clinique tient lieu de registre et de possibilité d'intervention les plus répandus en réponse aux préoccupations relatives à la santé environnement. L'effet territoire recherché par la méthodologie retenue - comparer trois sites urbains - n'apparaît pas fortement opérant. Même si, dans chaque ville, divers exemples d'incidences sanitaires liées à l'environnement ont été évoqués (pathologies professionnelles propres à tel secteur d'activité, type de pollens allergisants), la plupart des risques signalés se trouve répartie sur l'ensemble du territoire : pollution interne et externe, bruit, téléphonie

mobile, produits chimiques présents dans de nombreux produits d'usage courant, etc. En revanche, les médecins marseillais, ainsi que ceux de Veynissieux, ont davantage parlé que ceux de Lyon ou de Chambéry des effets délétères, physiquement et moralement, des habitats dégradés et des situations de vie défavorisées et précaires. C'est à Marseille aussi que les médecins ont le plus exprimé leurs propres ressentis des nuisances urbaines.

Les médecins activement mobilisés sur les problématiques de santé environnementale et engagés dans des associations professionnelles *ad hoc*, peuvent être schématiquement situés en référence à deux types de positionnement et de dynamiques : professionnel pour les uns - s'ouvrir sur un nouvel espace de connaissance et de présence dans le champ de la santé et de la médecine -, citoyen et politique pour les autres - se mobiliser pour des valeurs, une cause, donner corps à un engagement politique préexistant ou en projet. Les associations médicales en santé environnement, créées pour la plupart dans la deuxième moitié des années 2000, sont issues de mobilisations locales en réaction à une situation environnementale dégradée (Etang de Berre, projets d'incinérateur près de Montpellier ou de Clermont-Ferrand, etc). D'ancrage initialement territorialisé, ces associations sont aujourd'hui nationales et se saisissent de dossiers le plus souvent a-localisés.

Le paysage de l'administration de la santé environnement aux différents échelons territoriaux (administrations sanitaires déconcentrées et décentralisées, collectivités territoriales, observatoires régionaux de santé) se présente comme à la fois consistant et structuré, en tension et non stabilisé. Ses principaux acteurs, médecins inspecteurs de santé publique ou territoriaux et ingénieurs sanitaires, ont en charge une diversité de missions administratives et de santé publique qui ne les amènent pas à entretenir des échanges d'ordre structurel avec les médecins praticiens et leurs instances. Les relations entre ces deux catégories d'acteurs à propos de questions environnementales sont en fait quasi inexistantes ou initiées si besoin au cas par cas. Une coordination plus ou moins systématisée s'opère toutefois entre les allergologues et les services communaux d'hygiène et de sécurité (à propos des cantines scolaires et des allergies alimentaires, des espaces verts et des allergies aux pollens et essences végétales) ainsi parfois qu'avec les associations de surveillance de la qualité de l'air.

Considéré dans son ensemble, le champ santé environnement apparaît aujourd'hui traversé par des tensions et des différends d'ordre doctrinal, institutionnel et politique, dont les divers domaines de la recherche en sciences sociales rendent compte. Le rapport des médecins aux risques sanitaires environnementaux n'a à ce jour et en France pas donné lieu à des recherches en sciences sociales. Nous avons seulement repéré deux études par questionnaire sur ce sujet. Aussi nous sommes-nous attachés à examiner ce qu'il en était de la présence des médecins dans divers ensembles de recherches abordant des problématiques de santé environnement - l'histoire de la médecine et des médecins, l'action publique et les mobilisations locales - ou de se rapportant à des domaines venant éclairer notre sujet - la sociologie des professions et des engagements professionnels notamment. Si les travaux traitant des inégalités sociales de santé exploitent fréquemment leur composante territorialisée, ceux relevant des inégalités écologiques ou environnementales se saisissent rarement de manière explicite et intégrée des dimensions sanitaires de ces inégalités, en France notamment.

Qu'en sera-t-il des évolutions des attitudes des médecins praticiens vis-à-vis des risques sanitaires environnementaux ? De nombreux observateurs, dans les rangs de la profession ou de l'administration sanitaire, militent pour qu'une formation en santé et pathologies environnementales soit intégrée au cursus des études médicales ou pour la création d'une spécialisation en médecine environnementale (Le Moal, 2003 ; Spiroux, 2007). Nous pensons pour notre part que l'investissement dans la formation constitue en effet le passage obligé pour une généralisation de l'attention et des compétences des médecins sur ces aspects de la santé des individus et des populations (au delà des médecins du travail compétents en la matière pour ce qui relève de leur secteur d'intervention). Toutefois, ce sont des déterminants d'un autre ordre qui, comme l'ont bien montré de nombreux travaux en sociologie des professions, porteront l'intérêt et le sens pour les médecins praticiens d'une telle orientation. Sont notamment à considérer à cet égard les processus de construction des identités professionnelles et d'aménagement des manières d'exercer son métier. Certaines données structurelles, par exemple les évolutions de la démographie médicale, doivent également être prises en compte. On peut en effet

faire l'hypothèse que plus le rapport entre l'offre et la demande de soins est tendu (situation qui va prévaloir dans les décennies à venir avec la diminution, déjà amorcée, de l'offre de médecine générale), moins de nouvelles orientations et segmentations professionnelles seront amenées à émerger, et inversement.

Si une part importante des évolutions des attitudes des médecins français face aux risques sanitaires environnementaux se joue au plan national, les échelons européens et internationaux entrent également et à divers titres en ligne de compte. Ceci vaut notamment pour la recherche scientifique que nous avons qualifiée d'orthodoxe ou d'académique comme pour celle que nous avons qualifiée d'alternative ou de novatrice et vis-à-vis de laquelle les médecins praticiens mobilisés sur la santé environnementale tendent à être proches. Or, pensons-nous, les apports de la recherche sur les effets pathogènes des environnements pollués représentent un déterminant fort pour une meilleure reconnaissance de la santé environnementale dans ses composantes sanitaires, médicales, citoyennes et politiques. Encore faut-il que les conditions favorables au déploiement de ces travaux et à la reconnaissance de leurs résultats, dans un monde parcouru d'intérêts divergents et de rapports de pouvoir, soient au rendez-vous. Nous avons repéré au cours de nos investigations divers rapprochements à l'œuvre entre les réseaux de la recherche novatrice sur les risques sanitaires environnementaux et des regroupements d'élus territoriaux, nationaux et européens.

Bibliographie

- AFSSET, 2006, *Inégalités et vulnérabilité*, Note problématique ;
- Aïach P. Bauman M., 2006, « Décrypter les inégalités géographiques de santé : proposition d'une approche critique, *Revue sociologie santé*, n° 25, 207-222.
- Akrich M., Barthe Y., Rémy C. (dir.), 2010, *Sur la piste environnementale. Menaces sanitaires et mobilisations profanes*, Presses des mines.
- Allard P., Fox D., Picon B., 2008, *Incertitude & environnement. La fin des certitudes scientifiques*, Edisud.
- Arborio A-M., 2004, « L 'élite médicale aux portes des quartiers populaires à la fin du XIXe siècle », dans Fournier Pierre et Mazzella Sylvie, *Marseille, entre ville et ports. Les destins de la rue de la République*, La Découverte, Recherches.
- Barles S., 1999, *La ville délétère. Médecins et ingénieurs dans l'espace urbain XVIIIe-XIXe siècle*, Champ vallon.
- Becker H.S., 2006/1960, Sur le concept d'engagement, *SociologieS* [en ligne], initialement publié dans *American Journal of Sociology*, 66 :32-40, 1960.
- Belpomme D., 2004, *Ces maladies créées par l'homme*, Fayard.
- Belpomme D., 2007, *Avant qu'il ne soit trop tard*, Albin Michel.
- Benamouzig D., 2009, Professionnalisation académique et engagements partisans des économistes de la santé (1970-1990), *Sociétés contemporaines*, 73-95.
- Benamouzig D., Besançon J., 2005, Administrer un monde incertain : Les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France, *Sociologie du Travail*, 47, 301-322.
- Bénévise J-F., Lopez A, 2006, *L'utilisation des compétences médicales permettant à l'Etat d'assurer ses responsabilités dans le domaine de la santé au niveau local. Les médecins inspecteurs de santé publique (MISP)*, rapport IGAS n° RM2006 141A.
- Borraz O., 2008, *Les politiques du risque*, Les Presses de SciencesPo.
- Bouchayer F., 1994, « Les voies du réenchantement professionnel », dans Aïach Pierre et Fassin Didier (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoirs et quête de légitimité*, Anthropos, 201-225.
- Bouchayer F., 2010, « Un regard transversal sur la fonction soignante de proximité : médecins généralistes, infirmières et kinésithérapeutes libéraux », dans Bloy Géraldine et Schweyer François-Xavier (dir.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, 169-188.
- Bouchayer F., 2010, avec Attané A., Mattéi J-C., Langewiesche K., Gruénais M., « Attitudes et sources d'informations des médecins généralistes face aux risques environnementaux », dans Vernazza-Licht Nicole, Gruénais Marc-Eric., Bley Daniel (dir.), *Sociétés, environnements, santé*, IRD Editions, 147-170.
- Bourdelaïs P.(dir.), 2001, *Les hygiénistes. Enjeux, modèles et pratiques*, Belin

- Boutaric F, Lascoumes P., 2008, L'épidémiologie environnementale entre science et politique. Les enjeux de la pollution atmosphérique en France, *Sciences sociales et santé*, vol 26, 4, 5-27.
- Boutaric F., 2010, L'appropriation de la méthode de l'évaluation des risques sanitaires en France, *Ecologie & Politique*, 40, 117-135.
- Buton F. , 2006, De l'expertise scientifique à l'intelligence économique : l'activité de veille sanitaire, *Genèses*, 4, 65, 71-91.
- Champy F., 2009, L'engagement des professionnels comme conséquence de tensions consubstantielle à leurs pratiques : l'architecture moderne entre les deux guerres, *Sociétés contemporaines*, 01, 73, 97-119.
- Champy F., 2011, *Nouvelle théorie sociologique des professions*, PUF.
- Champy F., Israël L., 2009, Professions et engagement public, *Sociétés contemporaines*, 01, 73, 7-19.
- Chateauraynaud F., Torny D., 1999, *Les sombres précurseurs. Une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*, Editions de l'EHESS.
- Chauvier E., 2007, Populations précaires et environnements à risques industriels : préjugés, non dits et enjeux implicites de l'action publique, *Socio-logos [en ligne]*, 2, 11p.
- Cicollela A., 2007, *Le défi des épidémies. Comment sauver la sécu en changeant le système de santé ? La découverte*.
- Cicollela A, Benoit-Browaes D., 2005, *Alerte santé*, Fayard.
- Clavier C., 2009, Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux, *Sciences sociales et santé*, vol 27, 2, 72.
- Coanus T., Comby J., Duchêne F., Martinais E., 2010, *Risques et territoires : Interroger et comprendre la dimensions locale de quelques risques contemporains*, Tec & Doc Lavoisier.
- Dab W., 2008, *Santé et environnement*, PUF, Que sais-je ?
- Daumalin X., 2006, Industrie et environnement en Provence sous l'Empire et la restauration, *Rives méditerranéennes*, 23, 27-46.
- Développement durable et territoires*, 2007, [En ligne], Dossier 9 : Inégalités écologiques, inégalités sociales, <http://developpementdurable.revues.org/3502>
- Dodier N., 1993, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Métailié.
- Dourlens C., 2003, *Saturnisme infantile et action publique*, L'Harmattan.
- Dupont Y, Suriré C., 2005, *Médecine libérale et pathologies environnementales*, URML de Haute Normandie, LASAR, université de Caen.
- Dupuy J-P., 2002, *Pour un catastrophisme éclairé. Quand l'impossible est certain*, Seuil.
- Fassin D., 2003, Naissance de la santé publique. Deux descriptions de saturnisme infantile à Paris (1987-1989), *Genèses*, 53, 139-152
- Freidson E., 1970, L'influence du client sur l'exercice de la médecine, dans Herzlich C.(Eds), *Santé, maladie, société*, Mouton, 225-238.
- Gérin M., Gosselon P., Cordier S., Viau C., Quénel P., Dewailly E. (dir.), 2003, *Environnement et santé publique. Fondements et pratiques*, Québec/Canada, Edisem.

Gilbert C. (dir.), 2002, *Risques collectifs et situations de crise. Apports de la recherche en sciences humaines et sociales*, L'Harmattan.

Gilbert C. et Henry E., (dir.) 2009, *Comment se construisent les problèmes de santé publique ? La découverte/Pacte*.

Guillaume P., 1996, *Le rôle social du médecin depuis deux siècles (1800-1945)*, La documentation française, Comité d'histoire de la sécurité sociale.

Hassentuefel P., Le Bihan-Youinou B., Loncle-Moriceau P., Vion A., 1998, L'émergence problématique d'une nouvelle santé publique. Forums hybrides et coalitions de projets à Rennes et à Brest, in Fassin Didier (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, La découverte, 84-109.

Jorland G., 2010, *Une société à soigner. Hygiène et salubrité publiques en France au XIXe siècle*, Editions Gallimard.

Jouzel J-N., 2009, Entre deux mondes : la trajectoire publique d'une menace chimique à bas bruit, dans Gilbert Claude et Henry Emmanuel, 2009 (dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique ? La découverte/Pacte*, 195-212.

Khun T.S., 2008 (1^{ère} ed. 1962, révisée par l'auteur en 1970), *La structure des révolutions scientifiques*, Flammarion.

Lambert J., 2004, Hygiène, dans Lecourt Dominique (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 604-609.

La revue adsp, 2011, Les agences régionales de santé, un an après, n° 74, Mars.

Laurent R., 2009, Ecologie et inégalités, *Revue de l'OFCE*, 2, 109, 33-57.

Le Bianic T., Vion A. (dir.), 2008, *Action publique et légitimités professionnelles*, L.G.D.J.

Leclerc A. Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (dir.) (2000), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La découverte.

Le Moal J., 2003, Pour une médecine environnementale, *Les cahiers de l'adsp*, n° 43, pp 7-11.

Lemoine M., 2011, *La désunité de la médecine. Essai sur les valeurs explicatives de la science médicale*, Editions Hermann.

Le Naour G., 2008, La qualification de plaintes de riverains en savoirs utiles : une géométrie variable in Le Bianic Thomas, Vion Antoine (dir.), *Action publique et légitimités professionnelles*, LGDG, 223-239.

Leonard J., 1981, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs : histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIXe siècle*, Aubier-Montaigne.

Marichalar P., 2010, La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010), *Politix*, vol 23, 91, 27-52.

Massard-Guilbaud G., 2010, *Histoire de la pollution industrielle. France, 1789-1914*, Editions EHESS.

Pinell P, 2009, La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870), *Revue française de sociologie*, 50-2, 315-349.

Pitti L., 2010, Experts « bruts » et médecins critiques. Ou comment la mise en débat des savoirs médicaux a modifié la définition du saturnisme durant les années 1970, *Politix*, vol 23, 91, 103-132.

- Prete G., 2008, Surveiller en éradiquant : l'importance des « médiateurs de la surveillance » et des réseaux informels dans la surveillance des risques sanitaires et environnementaux, *Sociologie du travail*, 50, 489-504.
- Roussel V., 2009, Pour une sociologie des professions engagées : « Mondes de l'art » et militantisme contre la guerre en Irak aux Etats-Unis, *Sociologie du travail*, 51, 1, 25-45.
- Roux P., Bousquet B., Leutenegger E., 2009, Connaissance et perception chez les médecins du risque lié à l'incinération des ordures ménagères dans un environnement proche : résultats de l'enquête Apostrophe, *Environnement, Risques & Santé*, vol 8, 4, 323-334.
- Salem G., Rican S., 2004, Les inégalités socio-spatiales de santé en France. *Habitat et Société*, 36 : 37-43.
- Salomon D., 2003, *A l'opposé du principe de précaution : l'incinérateur de Gilly-sur-Isère*, Rapport pour la CIRE Rhône-Alpes/InVs.
- Sawicki F., Siméant J., 2008, Décloisonner la sociologie de l'engagement. Note critique sur quelques tendances récentes des travaux français, *Sociologie du travail*, 51, 1, 97-125
- Schweyer F-X. Campéon A., 2008, Le pouvoir de régulation à l'épreuve de la division du travail : les médecins inspecteurs de santé publique, in Le Bianic Thomas et Vion Antoine (dir.), *Action publique et légitimités professionnelles*, L.G.D.J, 73-89.
- Spiroux J., 2007, *Pathologies environnementales*, Editions J. Lyon.
- Torny D., 2007, L'administration des risques sanitaires face à l'éloignement de l'expertise : le cas français au tournant des années 2000, *Sociologie & Sociétés*, XXXIX, 1, 181-196.
- Trugeon A., Thomas N., Michelot F., Lémery B., 2010, *Inégalités socio-sanitaires en France. De la région au canton*, FNORS, Elsevier Masson.
- Zmirou D. (dir.) (2000), *Pollution : quels risques pour la santé ?* Paris, Syros.
- Zwaterook I., 2010, La concertation. Les risques et pollutions industriels sur le territoire dunkerquois : des perceptions à la concertation, ICSI, *Les cahiers de la sécurité industrielle*, Juillet.

Programme interdisciplinaire de recherche ville environnement (PIRVE)

Les médecins face aux risques sanitaires environnementaux. Attitudes, savoirs, territoires

Françoise BOUCHAYER, avec la collaboration de Katrin LANGEWIESCHE

Centre Norbert Elias, Marseille, Juillet 2011

Résumé de la recherche

Les problématiques de santé environnementale relatives aux divers types de pollution et aux nuisances apparentées sont aujourd'hui très présentes dans l'espace public : qualité de l'air extérieur et intérieur, contamination des eaux, des sols et des aliments, produits chimiques, ondes électromagnétiques, nanotechnologies, etc. Dans cette recherche, nous nous sommes demandés si l'on retrouvait à l'échelon de l'activité des médecins praticiens des prolongements ou des « traces » de ces problématiques, en questionnant notamment leur composante territorialisée. Nous avons mené des entretiens auprès de praticiens, libéraux pour la plupart, généralistes et spécialistes installés dans trois agglomérations - deux grandes villes et une ville de taille moyenne : Marseille, Lyon et Chambéry. Afin de compléter cette approche comparative et « située » nous nous sommes également intéressés à la façon dont se présentent aujourd'hui les rapports entre d'une part les médecins praticiens et leurs représentants, d'autre part les instances en charge aux différents échelons territoriaux de la santé environnement : administrations sanitaires déconcentrées (DRASS et DDASS, aujourd'hui fusionnées dans les ARS) et décentralisées (conseils généraux et régionaux), collectivités locales (services municipaux). Au sein de ces structures des entretiens ont été réalisés auprès d'ingénieurs sanitaires, d'épidémiologistes, de médecins inspecteurs de santé publique et de médecins territoriaux.

Plus précisément, les questions auxquelles nous avons cherché à répondre sont les suivantes :

- dans le cadre de leur exercice quotidien, comment les médecins considèrent-ils la question des liens entre les états de santé/maladie et les environnements dans lesquels vivent leurs patients ? Quelles sont les caractéristiques de ce type d'attention clinique ?
- quelles sont les formes prises par l'engagement actif de certains praticiens dans le domaine de la santé et des pathologies environnementales ? Que peut-on dire des déterminants des différentes postures observées à cet égard ?
- qu'en est-il des proximités ou des disjonctions entre les perceptions respectives de l'espace local et de ses dangers par les médecins praticiens et par les professionnels des administrations sanitaires ? Ces deux catégories d'acteurs sont-elles amenées à échanger entre elles ?

Les attitudes des médecins à l'égard des questions de santé environnement ont été examinées en référence à deux principaux registres de considération. Celui relatif au rapport de ces praticiens à leurs territoires d'exercice et à leur patientèle, celui de leur rapport à la médecine et à ses savoirs. Le premier registre débouche sur l'examen de l'attention clinique portée aux points de vue et aux plaintes des patients sur leurs modes de vie et sur les facteurs environnementaux néfastes pour la santé, le second sur l'analyse de leur positionnement vis-à-vis de l'orthodoxie médico-scientifique (la médecine des preuves). On repère une gradation d'attitudes allant d'une grande prudence professionnelle et scientifique (ne se référer qu'à ce qui est scientifiquement validé, apprécier avec discernement ce que disent et pensent les patients, ne pas souscrire aux modes « écolo » ou « bio », etc) à une critique parfois vive des travers et des limites de l'académisme médical ainsi que de la gestion de la santé publique par les autorités sanitaires.

Si une majorité des praticiens rencontrés ne se sent pas réellement concernée dans sa pratique par la question des risques sanitaires environnementaux, beaucoup par contre se sont montrés très concernés par les problématiques sociales relatives aux difficultés de vie, au stress, à l'habitat dégradé, aux conditions de travail et au chômage. S'agissant des phénomènes de pollution de divers ordres et de

leurs incidences en termes de troubles et de maladies, trois catégories de praticiens apparaissent plus particulièrement concernés et outillés pour les prendre en charge : les allergologues, les pneumologues et les homéopathes. D'une manière générale, les médecins s'attachent à donner des conseils d'hygiène de vie et de prévention (alimentation équilibrée, activité physique, détente, etc). Ce mode d'intervention dans l'espace relationnel et clinique constitue en fait la réponse la plus répandue face aux préoccupations des patients, et des médecins eux-mêmes, en matière de santé environnement et de qualité de vie.

Très minoritaires au sein de la profession, les médecins activement mobilisés sur les problématiques de santé environnementale et engagés dans des associations professionnelles *ad hoc* peuvent être schématiquement situés en référence à deux types de positionnement et de dynamiques : professionnel pour les uns - s'ouvrir sur un nouvel espace de connaissance et de présence dans le champ de la santé et de la médecine -, citoyen et politique pour les autres - se mobiliser pour des valeurs, une cause, donner corps à un engagement politique préexistant ou en projet. Les associations médicales en santé environnement, créées pour la plupart dans la deuxième moitié des années 2000, sont issues de mobilisations locales initiées en réaction à une situation environnementale dégradée (Etang de Berre, projets d'incinérateur près de Montpellier ou de Clermont-Ferrand, etc). D'ancrage initialement territorialisé, ces associations sont aujourd'hui nationales et se saisissent de dossiers le plus souvent a-localisés.

L'effet territoire recherché par la méthodologie retenue - mettre en regard trois sites urbains - n'apparaît pas fortement opérant. Même si, dans chaque ville, divers exemples d'incidences sanitaires liées à l'environnement local ont été évoqués par les médecins (pathologies professionnelles propres à tel secteur d'activité, type de pollens allergisants, pollution automobile), la plupart des risques signalés se trouve répartie sur l'ensemble du territoire : pollution de l'air interne et externe, bruit, téléphonie mobile, produits chimiques et nanoparticules présents dans de nombreux biens d'usage courant, etc. En revanche, les médecins marseillais, ainsi que ceux de Veynissieux (commune située dans le couloir de la chimie, au Sud de Lyon), ont davantage parlé que leurs confrères de Lyon ou de Chambéry des effets délétères, physiquement et moralement, des habitats dégradés et des situations de vie défavorisées et précaires. Et c'est à Marseille plus particulièrement que les médecins ont vivement exprimé leurs propres ressentis des nuisances urbaines. Il est vrai que, pour qui y vit au quotidien, l'ambiance de Marseille est sensiblement plus « dure » que celle de Lyon ou de Chambéry, villes socialement et environnementalement davantage « gentrifiées ».

Le paysage de l'administration de la santé environnement aux différents échelons territoriaux apparaît à la fois consistant et structuré, en tension et non stabilisé. Ses principaux acteurs, médecins inspecteurs de santé publique ou territoriaux et ingénieurs sanitaires, ont en charge une diversité de dossiers et de missions d'intérêt public qui ne les amènent guère à entretenir des échanges d'ordre structurel avec les médecins praticiens et leurs instances, et réciproquement. Des relations entre ces deux catégories d'acteurs à propos de problèmes sanitaires environnementaux localisés sont parfois initiées si besoin de manière ponctuelle. Une coordination plus ou moins systématisée s'opère toutefois entre les allergologues et les services des conseils municipaux d'hygiène et de sécurité (à propos des cantines scolaires et des allergies alimentaires, des espaces verts et des allergies aux pollens et aux essences végétales), ou encore avec les associations locales de surveillance de la qualité de l'air (ASQUA).

Considéré dans son ensemble, le champ santé environnement est aujourd'hui traversé par des tensions et des différends d'ordre doctrinal, institutionnel et politique dont les divers domaines de la recherche en sciences sociales rendent compte. Le rapport des médecins aux risques sanitaires environnementaux n'a à ce jour et en France pas donné lieu à des recherches en sciences sociales. Nous avons seulement repéré deux études par questionnaire sur ce sujet. Aussi nous sommes-nous attachés à examiner ce qu'il en était de la présence des médecins dans divers ensembles de recherches abordant des problématiques de santé environnement - l'histoire de la médecine et des médecins, l'action publique et les mobilisations locales - ou de se rapportant à des domaines venant éclairer notre sujet - la sociologie des professions et des engagements professionnels notamment. Si les travaux traitant des

inégalités sociales de santé exploitent fréquemment leur composante territorialisée, ceux relevant des inégalités écologiques ou environnementales se saisissent rarement de manière explicite et intégrée des dimensions sanitaires de ces inégalités, en France notamment.

Qu'en sera-t-il des évolutions des attitudes des médecins praticiens vis-à-vis des risques sanitaires environnementaux ? De nombreux observateurs, dans les rangs de la profession médicale ou de l'administration sanitaire, militent pour qu'une formation en santé et pathologies environnementales soit intégrée au cursus des études médicales ou pour la création d'une spécialisation en médecine environnementale. Nous pensons pour notre part que l'investissement dans la formation constitue en effet le passage obligé pour une généralisation de l'attention et des compétences des médecins sur ces aspects de la santé des individus et des populations (au delà des médecins du travail compétents en la matière pour ce qui relève de leur secteur d'intervention). Toutefois, ce sont des déterminants d'un autre ordre qui, comme l'ont bien montré de nombreux travaux en sociologie des professions, porteront l'intérêt et le sens pour les médecins praticiens d'une telle orientation. Sont notamment à considérer à cet égard les processus de construction des identités professionnelles et d'aménagement des manières d'exercer son métier, dans leurs composantes savantes et praticiennes. Certaines données structurelles, à propos notamment des évolutions de la démographie médicale, doivent également être prises en compte. On peut en effet faire l'hypothèse que plus le rapport entre l'offre et la demande de soins est tendu (situation qui va prévaloir dans les décennies à venir avec la diminution, déjà amorcée, de l'offre de médecine générale), moins de nouvelles orientations et segmentations professionnelles seront amenées à émerger, et inversement.

Si une part importante des évolutions des attitudes des médecins français face aux risques sanitaires environnementaux se joue au plan national, les échelons européens et internationaux entrent également et à divers titres en ligne de compte. Ceci vaut notamment pour la recherche scientifique que nous avons qualifiée d'orthodoxe ou d'académique comme pour celle que nous avons qualifiée d'alternative ou de novatrice et vis-à-vis de laquelle les médecins praticiens mobilisés sur la santé environnementale tendent à être proches. Or, pensons-nous, les apports de la recherche sur les effets pathogènes des environnements pollués représentent un déterminant fort pour une meilleure reconnaissance de la santé environnementale dans ses composantes sanitaires, médicales, citoyennes et politiques. Encore faut-il que les conditions favorables au déploiement de ces travaux et à la reconnaissance de leurs résultats, dans un monde parcouru d'intérêts divergents et de rapports de pouvoir, soient au rendez-vous. Nous avons repéré au cours de nos investigations divers rapprochements à l'œuvre entre les réseaux de la recherche novatrice sur les risques sanitaires environnementaux et des regroupements d'élus territoriaux, nationaux et européens.